113

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0017vari_p8c0

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

P. GREYFIÉ DE BELLECOMBE

Né à Vizille (Isère), le 30 Mars 1885

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Grossesse tubaire interstitielle

Président : M. SEGOND, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	A. CARD
Pathologie médicale	WIDAL, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, GILBERT, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

MEIS

ET

AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

A MES PREMIERS MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE GRENOBLE
ET DE LYON

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CASTAIGNE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOUGET

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CARNOT

MONSIEUR LE DOCTEUR BOULLOCHE

MONSIEUR LE DOCTEUR GARNIER

Médecins des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBARRAN

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMANT

Chirurgiens des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE

MONSIEUR LE DOCTEUR RUDAUX

Accoucheurs des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Grossesse tubaire interstitielle

INTRODUCTION

En mai 1911, entrait à la maternité de l'hôpital Boucicaut une femme sur laquelle notre maître, M. Lepage, portait le diagnostic de grossesse extra-utérine. L'intervention chirurgicale fut donc pratiquée sans tarder, et la malade guérit.

Or, il ne s'agissait pas d'une grossesse ectopique ordinaire : le kyste fœtal s'était développé dans la portion interstitielle de la trompe. Ayant eu la bonne fortune d'observer ce cas réputé exceptionnel, il nous a paru intéressant de mettre en lumière les caractères anatomiques et cliniques de cette variété de grossesse tubaire. La rareté des travaux français sur la greffe interstitielle fut aussi pour nous encourager à publier, à propos d'uue observation nouvelle, un travail d'ensemble sur ce sujet.

CHAPITRE PREMIER

LA TROMPE INTERSTITIELLE

La trompe de Fallope présente deux portions bien distinctes (1) :

L'une, dite interstitielle ou intra-pariétale est contenue tout entière dans l'épaisseur du muscle utérin.

L'autre, libre, faisant suite à la précédente, est comprise dans l'aileron moyen du ligament large qui lui forme un méso entre la corne utérine et le ligament infundibulo-pelvien.

La portion interstitielle ayant pris naissance dans la cavité utérine possède un certaine individualité de par sa structure et surtout de par ses rapports. Elle forme un tube étroit (1 mm. environ) et régulièrement cylindrique dont le trajet est rectiligne ou un peu concave en bas. Ce tube s'ouvre dans la cavité utérine par un orifice très fin ostium uterinum, et d'autre part après un cours trajet en dehors dans l'isthme de Barkow, lequel se détache de l'angle

1. Couvelaire, *Études anatomiques sur les grossesses tubaires.* Thèse de Paris, 1901.

supéro-latéral de l'utérus au-dessus et un peu en arrière du ligament rond.

Étant tout entière incluse dans la paroi utérine, la trompe n'est aucunement soumise aux coudures et torsions qui, à la suite de pelvi-péritonites par exemple, modifient parfois les rapports de la trompe libre.

Lorsqu'on incise le canal tubaire, on aperçoit que les plis longitudinaux caractéristiques de l'oviducte sont, dans le passage intra-mural, fort peu accusés, réduit à de simples crêtes à peine saillantes. On en compte trois ou quatre.

Un épithélium cylindrique à cils vibratils dont les cellules sont disposées en une seule couche tapisse la muqueuse ; par leur mouvement dirigé vers l'utérus ces cils favorisent la progression de l'ovule.

Immédiatement au-dessous une trame conjonctive assez serrée constitue le chorion muqueux, mais les cellules conjonctives ici sont entremêlées de fibres musculaires lisses provenant de la tunique musculaire sous-jacente. Celle-ci est une texture de fibres disposées en deux couches dont la plus profonde, à faisceaux circulaires et obliques, se continue sans aucune ligne de démarcation avec les éléments musculaires de la paroi utérine.

*
* *

La portion interstitielle de la trompe peut être le siége de plusieurs affections : fibromes sous-

muqueux ou interstitiel, inflammation ou suppuration de la muqueuse tubaire, néoplasme malin.

Enfin, et c'est le point qui nous occupe, elle est parfois le siège d'une ectopie ovulaire.

Dans les circonstances physiologiques habituelles, l'ovule parcourt le canal tubaire dans toute son étendue. Il a rencontré le spermatozoïde dans la partie externe de la trompe, et se dirige vers l'ostium uterinum pour venir se greffer et se développer dans la cavité utérine. Ainsi a-t-on pu dire que toute grossesse utérine est primitivement tubaire.

Mais pourquoi, dans certains cas, cette migration normale de l'ovule fécondé est-elle interrompue? Comment expliquer l'arrêt et la fixation de l'œuf dans la portion interstitielle?

Le professeur Pinard écrit dans son article du *Dictionnaire encyclopédique :*

« Toutes les causes qui apportent un obstacle à la migration de l'œuf prédisposent à la grossesse extra-utérine. »

Il ne dit pas « provoquent » car il reste une cause inconnue à déterminer.

Ces causes sont en effet très peu certaines et celles qui furent invoquées comme responsables de la grossesse tubaire proprement dite nous semblent pour la plupart devoir être éliminées de la pathogénie de la grossesse tubaire intra-pariétale.

En fait, c'est seulement au niveau de la portion libre de la trompe que des adhérences péritonéales sont susceptibles de déterminer des torsions ou

coudures de l'organe déterminant l'oblitération de la lumière du conduit.

De même, la forme en spirale que conservent les trompes infantiles peut bien occasionner parfois le ralentissement ou l'arrêt de l'œuf comme le prétendit Freund, mais s'il en est ainsi, cet œuf n'arrivera même pas dans la portion intra-murale. Et d'ailleurs cet état infantile est d'une extrême rareté.

Enfin les lésions inflammatoires de la blennorragie expliquent l'oblitération de la lumière du conduit par suite du gonflement des replis muqueux étendus d'une extrémité à l'autre. Mais dans la portion interstitielle, ces replis sont en petit nombre, très effacés et réduits à de simples crêtes. La voie paraît donc plus libre à cette extrémité interne et l'œuf devrait avoir franchi déjà les étapes où il peut le plus vraisemblablement rencontrer des obstacles.

Ch. Wyder (1) a invoqué la présence de petits polypes intra-tubaires opposant un obstacle à la migration de l'ovule fécondé.

Pour être plausible, cette causalité ne s'observe pas fréquemment et les cas furent signalés où là trompe était restée perméable.

D'autres auteurs affirment que l'absence de cils vibratiles dans cette portion du conduit serait défavorable au cheminement de l'œuf. Accepter cette théorie serait en revenir à celle de Lawson-Tait relative aux lésions desquamatives de l'annexite

---

1. Ch. Wyder, *Arch. fur Gynec.*, XXVIII, 1886.

suppurée ; et quant aux arguments tirés de l'anatomie pathologique, ils nous semblent de peu de valeur, car l'embryon se développant dans ce canal, y produit des désordres tels qu'il est bien difficile de retrouver ou d'affirmer une malformation primitive de l'organe.

On a dit encore que l'œuf ayant pénétré dans l'utérus pouvait, dans quelques circonstances, ne pas y trouver de place propre à son développement ; le cas se produirait ainsi : au cours de certaines endométrites ou lorsqu'un fibrome siégerait aux environs de l'ostium tubæ.

Pareille constatation n'a pas été relevée dans les observations que nous avons étudiées, mais elle peut *a priori* rendre compte de la situation utéro-interstitielle de l'œuf, c'est-à dire des cas où le sac fœtal bombe partiellement dans la cavité utérine et se trouve arrêté juste au moment d'y pénétrer.

Peut-être un ovule trop volumineux ou de forme irrégulière se trouve-t-il immobilisé dans la cavité exiguë du tube interstitiel. Nous ne voyons là qu'une hypothèse difficile à vérifier.

L'examen de la pièce que nous avons eue entre les mains ne nous a rien révélé de spécial au point de vue étiologique. Signalons seulement que les deux ovaires étaient kystiques et que cette constatation se retrouve dans plusieurs observations publiées, notamment dans celle de Delagenière (1902). Mais on n'aperçoit pas de ce fait la possibilité d'établir une relation étiologique entre ces deux affections.

En somme, la pathogénie de la grossesse interstitielle reste parfaitement obscure. Les examens histologiques de Bland Sutton, Webster, Paquy, Couvelaire avaient d'ailleurs montré qu'un œuf peut se greffer et se développer dans une trompe normale et saine.

Voilà qui ne facilite en rien la découverte de la cause de cette anomalie.

*
* *

Les auteurs classiques considèrent cette variété de grossesse ectopique comme extrêmement rare. Tous les traités de gynécologie en font foi, c'est ainsi que Lawson-Tait ne comptait qu'une seule grossesse interstitielle sur 100 grossesses tubaires, Martin n'en a observé qu'une sur 77 cas de grossesses extra-utérines.

Von Schenk (1), dans sa thèse inaugurale, a pu rassembler 610 cas d'ectopie ovulaire publiés de 1888 à 1892, sur lesquels il n'a trouvé que 14 cas de grossesse interstitielle.

Enfin Rosenthal, sur 1314 cas de grossesse extra-utérine l'observe quatorze fois ; et Rooswinkel n'a rencontré dans la littérature jusqu'en 1897 que 17 cas de grossesse interstitielle avérée.

Muret en conclut que la grossesse interstitielle est la plus rare de toutes les grossesses tubaires et la

---

1. Von Schenk, *Uber ectopische gravidität Küstner Bericht arbeiten aus der Fraüenklinik zu Dorpat*, 1894, p. 363.

même proposition ressort de la statistique de Parry.

En dépit de ces chiffres, nous croyons difficile d'apprécier la fréquence exacte de cette variété de grossesse. Delagenière va jusqu'à dire que cette rareté n'est que pure apparence, que lui-même enleva plusieurs utérus contenant dans leur épaisseur des caillots sanguins, considérés à ce moment comme des hématomes interstitiels venant de tumeurs malignes de l'organe.

Pozzi signale enfin l'opinion de Schulze pour lequel la variété tubo-utérine de la grossesse ectopique serait très fréquente et souvent méconnue, précisément en raison des connexions de l'œuf avec la cavité utérine. Dans ce cas le décollement de l'œuf serait confondu avec un avortement banal.

La vérité est qu'au fur et à mesure des progrès de la gynécologie le nombre des faits se multiplie par suite d'une observation plus rigoureuse. Il faut dire que la connaissance de cette variété de gravidité ectopique est, dans l'histoire de l'obstétrique, de date relativement récente, puisque Schmidt en 1801 fut le premier à la décrire. A vrai dire, Mauriceau l'avait déjà nettement entrevue et signalée par la figure qu'il représente dans son *Traité des maladies des femmes grosses*. Mais ce fut bien plus tard que Breschet étudia la *Graviditas in substantia uteri* et que Meyer, de Bonn, créait l'expression de grossesse interstitielle. Or en ces dernières années la liste des observations s'est singulièrement enrichie : Finsterer en rapporte 17 cas de 1904 à 1908. Tuffier en 1908 fournit le

compte rendu de deux interventions pour rupture de la trompe interstitielle gravide. En 1910 nous trouvons les observations de Brunswig-le-Bihan, de Oui, de Bonnaire et Brac, de Couvelaire et Mouchotte. Enfin, en mai 1911, M. Lequeux signale 4 cas de grossesses interstitielles rencontrées au cours de la même année à la clinique Tarnier.

Ne serait-on pas tenté de dire que jamais la grossesse interstitielle ne fut aussi fréquente que de nos jours ? Mais il faut se demander si cette affection est véritablement nouvelle ou si seulement elle paraît telle parce qu'on sait mieux la découvrir. Tout porte à croire que c'est cette dernière proposition que l'on doit admettre.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° Variétés. — Classification

Pozzi définit ainsi la grossesse interstitielle : « L'œuf s'est développé dans la portion très courte de la trompe qui chemine entre les parois utérines. »

Le kyste fœtal fait corps avec l'utérus dans une portion assez étendue : il est enchâssé dans l'épaisseur de la corne utérine.

Mais l'ovule fécondé, pouvant se greffer en un point quelconque de la trompe intra-pariétale, on comprend qu'il existe plusieurs variétés de grossesses interstitielles.

La classification de Beckmann est généralement adoptée en France et les grossesses interstitielles sont divisées en : tubo-interstitielles, tubo-utérines, interstitielles vraies ou intra-murales.

La première variété répond au développement d'une grossesse à évolution tubaire ; la seconde à une grossesse interstitielle à évolution utérine (le sac tubaire communique avec la cavité) ; dans la troisième variété la grossesse se développe complète-

ment dans la traversée utérine de la trompe sans empiéter sur l'une des deux cavités utérine ou tubaire. Il existe une cloison qui sépare l'œuf de la cavité utérine, c'est la grossesse intra-murale de Wœrth.

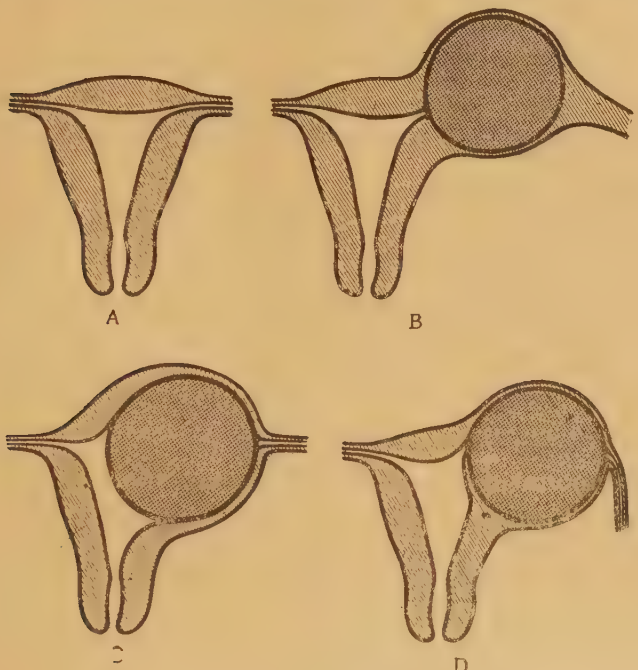
Mais il existe des types intermédiaires à ces diverses variétés, c'est ainsi que l'on peut noter les étapes successives entre le développement tubo-interstitiel et le développement tubo-isthmique de ces grossesses ectopiques.

Couvelaire et Mouchotte ont récemment publié le cas d'une grossesse isthmique où l'expansion de l'œuf s'était faite dans la paroi musculaire de la corne, en plein tissu utérin. La greffe initiale siégeait dans la partie juxta-utérine de l'isthme tubaire, et l'expansion de l'œuf réalisait un type très net de grossesse tubo-interstitielle. Il en est de même du côté utérin de la trompe : Bar décrit une grossesse angulaire développée dans une corne utérine et très voisine de la grossesse interstitielle, dont elle se distingue cependant par l'épaisseur de l'ostium uterinum.

En plus, des recherches de Bar et Mercier ont pleinement démontré que certaines grossesses angulaires sont en réalité angulo-interstitielles, empiétant sur l'orifice tubaire et conduisant même à la rupture de la corne.

Il n'est, en somme, pas toujours facile de préciser les limites d'une grossesse intra-canaliculaire. Il reste malgré tout que les unes demeurent interstitielles vraies, tandis que d'autres subissent selon les cas une progression utérine ou une progression tubaire ;

les cas intermédiaires tels que ceux de Maschka, de Léopold, de Eiermann, de Bandl, de Bar et Mercier, et sur lesquels nous reviendrons à propos de l'évolution anatomique, ne sont pas à rayer de la noso-



D'après P. Lequeux

Fig. 1

graphie des grossesses interstitielles, comme le voudraient les Allemands Wœrth et Glaesmer. Ces auteurs n'admettent que le type intra-mural, c'est-à-dire la grossesse interstielle vraie, celle qui se développe soit dans le canal intra-pariétal, soit en plein muscle.

Erna Glaesmer fournit de cette variété une étude précise et la classification qu'il adopte doit être rapportée dans ce chapitre.

Il considère que la nidation se fait soit dans la partie supérieure, soit dans la partie latérale de la musculature utérine, soit enfin dans le canal lui-même. L'auteur en déduit la classification suivante que nous reproduisons textuellement.

Dans le type I (*développement dans la musculature du fond*, fig. 2, schéma E. F. G). — La ligne *a*, représentant la limite péritonéale de l'utérus, monte brusquement du côté de la grossesse, la ligne *b*, limite cavitaire de la paroi utérine n'est pas très sensiblement modifiée.

Lorsque l'œuf, au lieu d'être latéral, se rapproche plus ou moins du plan médian du fond utérin, la ligne *a* monte symétriquement des deux côtés, la ligne *b* s'abaisse légèrement (fig. 3).

Dans le type II (*nidation de l'œuf dans la musculature de la paroi latérale de l'utérus*). — Le développement de l'œuf aboutit à l'élévation des deux lignes *a* et *b* (fig. 4, schéma I, K).

Dans le type III (*nidation de l'œuf dans la portion canaliculaire de la trompe utérine*). — La ligne *a* s'élèverait, mais beaucoup moins que dans le type I, la ligne *b*, ne bougerait pas (fig. 5, schéma, L. M).

Cette classification répartit clairement les grossesses interstitielles en grossesses du fond : grossesse de la paroi latérale et grossesse canaliculaire. Nous devons la conserver, mais encore une fois, elle a trait uniquement, comme le dit M. Lequeux, aux grossesses intra-murales ; or il nous paraît légitime de ranger également parmi les interstitielles les gros-

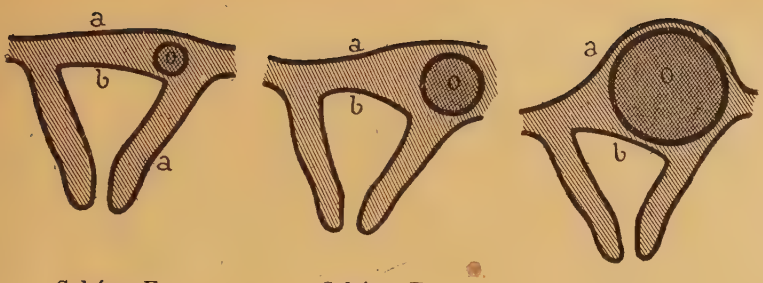
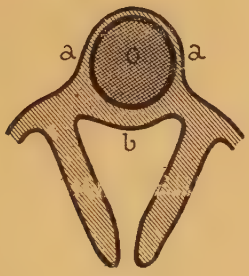


Schéma E Schéma F Schéma G

Fig. 2



Fig, 3

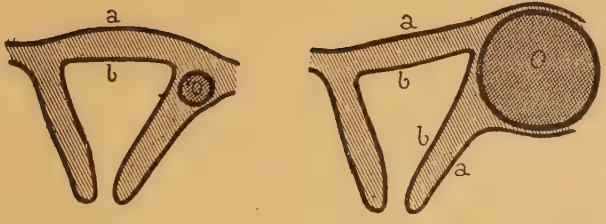


Schéma I Schéma K

Fig. 4

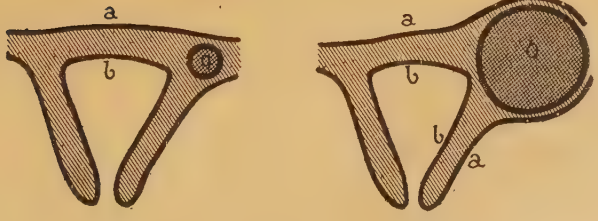


Schéma L Schéma M

Fig. 5

D'après P. Lequeux

sesses orientées soit vers la cavité utérine, soit vers la région isthmique de la trompe.

En conséquence, nous adopterons cette classification proposée dernièrement par M. Lequeux :

1° *Grossesses interstitielles canaliculaires*

a) A évolution tubaire ;

b) A évolution utérine ;

c) Canaliculaire vraie (ne se voit que dans les grossesses très jeunes ; peut aboutir à la forme *a* ou à la forme *b* ; peut également se rompre).

2° *Grossesses interstitielles intra-murales*

a) A évolution vers le fond ;

b) A évolution vers la paroi latérale.

Cette classification, aussi précise et plus complète, a l'avantage de se rapprocher à la fois des faits anatomiques et des constatations cliniques.

2° ANATOMIE MACROSCOPIQUE

Dans cette seconde partie de notre chapitre, nous envisagerons successivement quels sont au cours de la grossesse interstitielle :

1° Les modifications caractéristiques de l'utérus ;

2° Les rapports du ligament rond et des annexes avec la tumeur ovulaire.

Sur ces différents points, nous ne saurions rien ajouter à l'étude publiée dans *l'Obstétrique* en mai dernier par M. Lequeux ; aussi, suivrons-nous méthodiquement cet auteur dans les alinéas qui vont suivre.

1° *Modifications de l'utérus*

La situation de l'œuf par rapport à l'utérus nous arrêtera tout d'abord.

D'après Wagner et Raschkes, l'œuf serait libre dans une partie de sa surface que cacheraient des adhérences. Bandl admet dans le même sens la possibilité d'une sorte d'étranglement séparant la corne gravide de l'utérus. Mais aux faits ainsi rapportés, peut-être devrons-nous refuser le droit de cité dans la classe des grossesses interstitielles, pour la raison précisément que les auteurs constatèrent l'existence d'un pédicule de jonction; un tel amincissement de la corne ne s'expliquerait même pas en admettant l'évolution isthmique de l'œuf. Tous les observateurs, particulièrement Baart de la Faille, ont insisté sur ce que la *tumeur ovulaire s'insère toujours sur l'utérus par une base large.* Notre conception du développement interstitiel de l'œuf, confirmée par l'examen de plusieurs pièces, nous range à cette dernière proposition.

Donc, il se forme tout d'abord une saillie hémisphérique au niveau d'une des cornes sur laquelle vient s'insérer la trompe.

Rapidement la tumeur se développe, si bien que la paroi s'amincit beaucoup.

L'utérus et la poche adjacente deviennent alors caractéristiques; il se forme une tumeur ovoïde, dont le sommet est constitué par la partie la plus

saillante du sac et dont l'une des parois est formée par le fond et la face latérale de l'utérus (1).

Dans toutes les variétés de grossesse ectopique l'utérus est augmenté de volume ainsi que l'a démontré Pinard : « Dans la grossesse extra-utérine, l'hypertrophie de la matrice est en général d'autant plus marquée que l'œuf se développe plus près d'elle. » Elle atteindrait donc son maximum dans le cas de grossesse interstitielle. Mais ce qui la caractérise principalement ici c'est son asymétrie. Le fond de la matrice se redresse, comme soulevé par une puissance mécanique venant de la cavité.

Par suite de la croissance du kyste fœtal, le fond devient oblique où même vertical ; la paroi adjacente au sac est très hypertrophiée et croît en hauteur. L'autre, au contraire, devenant trop courte, attire le fond en bas. Les deux cornes ne sont plus sur une même ligne horizontale : elles ne sont plus placées l'une à droite, l'autre à gauche, mais dans le même axe vertical ou plus ou moins oblique.

Selon Glaesmer nous aurions tort de considérer le développement vertical du fond de l'utérus comme un signe de grossesse interstitielle ; on ne l'observe que rarement, dit-il.

Pourtant cette forme conique de l'utérus qui reçoit en Allemagne le nom de *signe de Simon Ruge*, est très constamment décrit par les auteurs et se

---

1. Brindeau, *in* Bar et Brindeau, *la Pratique de l'art des accouchements*.

remarque sur nombre de planches. Muret et Delagenière y insistent dans leurs observations très documentées.

Lequeux fait observer à ce sujet que la déformation utérine est surtout apparente dans les grossesses interstitielles jeunes.

A partir du quatrième mois, qui du reste est rarement atteint, on ne voit plus le développement exagéré d'une corne. L'œuf par son volume tient toute la place, et l'utérus n'est qu'une annexe refoulée par l'évolution abdominale de la tumeur.

Enfin, ce qui influe surtout, c'est la direction imprimée au développement ovulaire : si *la grossesse est canaliculaire le signe de Simon Ruge se montrera constant;* les variantes se produiront principalement dans le cas de développement intra-musculaire.

A nidation ovulaire dans la musculature du fond répondra une direction ascendante de la corne et le signe de Simon Ruge se confirmera ; mais à nidation dans la musculature de la paroi latérale, correspondra une fluxion justa-utérine latérale et le signe de Simon Ruge se trouvera en défaut.

Terminons ce qui a trait aux modifications utérines par un mot sur la cloison qui sépare le sac tubaire de la cavité utérine. Celle-ci peut avoir plusieurs millimètres d'épaisseur. Dans d'autres cas, elle est limitée à la muqueuse, parfois même elle fait totalement défaut ; d'où la possibilité pour l'œuf de venir faire saillie dans la cavité utérine.

2° *Rapports du ligament rond et des annexes avec la tumeur ovulaire*

A. — Tout à fait au début, le ligament rond est situé au sommet du sac, mais bientôt les rapports de son insertion sont modifiés par le développement de la tumeur et ce fait devient important pour reconnaître une grossesse interstitielle au cours d'une laparotomie. Ordinairement cette incision est rejetée en dehors du sac que l'on reconnaît aisément par comparaison avec le côté sain. A ce propos Glaesmer (1) s'exprime ainsi :

« Dans la grossesse tubaire interstitielle, le ligament rond s'insère à la partie latérale ou à la partie antérieure du sac ovulaire, mais dans certains cas, rares, on peut observer aussi un diverticule à la partie médiane du kyste, grâce auquel le ligament semblerait traverser la partie antérieure du kyste. »

Wœrth fait remarquer que l'insertion ligamentaire, nettement située en dehors de la masse ectopique dans les grossesses jeunes, peut être plus ou moins refoulée en dedans avec les progrès du développement ovulaire. Dans ces conditions, les rapports de ce ligament varient avec l'âge de la grossesse.

Mais pour M. Lequeux, c'est surtout à la direction

---

1. Erna Glaesmer, *Die interstitielle gravidität* (*Arch. für Gynœk.* Band CIII).

imprimée au développement du sac ovulaire, par le siège de sa nidation primitive, que l'on doit reconnaître des variantes.

Ainsi, dans les grossesses interstitielles canaliculaires à évolution utérine, le ligament se trouvera forcément en dehors du sac. Si au contraire l'évolution est tubaire, il pourra être situé sur la face antérieure et plus ou moins en dedans de lui suivant le degré de cette migration.

Dans le cas de grossesse interstitielle intra-musculaire, si l'œuf se développe dans la musculature du fond de l'utérus, le ligament rond sera situé à la partie inférieure de la masse ectopique, mais il restera également en dehors d'elle.

Si l'œuf vient à se développer dans la musculature de la paroi latérale, le ligament s'insérera plus ou moins haut sur la face antérieure du sac. Primitivement en dehors de lui, il se portera ensuite plus ou moins en dedans, suivant le degré de développement de la grossesse.

Et M. Lequeux de conclure à la très grande diversité dans le lieu d'insertion du ligament rond, diversité pouvant être rapportée à la variété de nidation et d'évolution.

Ajoutons que le ligament rond se montrerait dans bien des cas très augmenté de volume.

B. — *Situation des trompes.* — Comme suite naturelle de la déformation utérine, l'insertion réciproque des deux trompes est manifestement asymé-

trique. Kustner (1), le premier, fit remarquer que l'isthme se détache de la partie saillante et supérieure de la tumeur. Quant au bout périphérique de la trompe, il se rapproche très fréquemment du kyste fœtal, dit Glaesmer, en lui demeurant sous-jacent. Rosenthal fait observer que cette extrémité tubaire est invariablement située au-dessous de la tumeur.

En réalité, l'extrémité périphérique de la trompe est le plus souvent sur le bord inférieur du sac. Mais sa position, comme celle du ligament rond, est sujette à des variations : elle peut être plus ou moins latérale selon la nidation et l'évolution de l'œuf.

Quoi qu'il en soit, la reconnaissance de la situation précise de la trompe par rapport au kyste fœtal, s'impose avant l'affirmation du diagnostic anatomique.

En résumé, il résulte de faits connus que, lorsque le ventre est ouvert pour un cas de grossesse *extra-utérine* diagnostiquée par des moyens d'exploration clinique, on reconnaîtra facilement la grossesse tubaire interstitielle :

1° A l'asymétrie de l'utérus ;

2° A l'existence d'une tumeur kystique dans la région hypertrophiée de l'utérus ;

3° A l'asymétrie dans l'insertion des trompes et surtout des ligaments ronds.

---

1. Kustner, *Handbuch der Geburshulfe*. Band II.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION ANATOMIQUE

Avant d'aborder franchement l'étude de l'évolution anatomique de la grossesse intra-pariétale, il est utile de préciser en quelques mots la structure histologique du sac ovulaire et celle de l'œuf encore vivant qu'il renferme.

Le sac ovulaire est formé par la paroi utérine elle-même. Le kyste est donc intra-musculaire. Dans les grossesses interstitielles vraies, cette enveloppe musculaire forme une gaine complète et l'œuf n'en sortira qu'après rupture. Par contre, cette gaine musculaire reste incomplète si la grossesse est tubo-utérine ou tubo-interstitielle, marquant alors une tendance à évoluer soit vers la portion libre de la trompe, soit vers la cavité utérine. Il en résulte ce fait important bien mis en lumière par M. Lequeux : « La présence d'une couche musculaire entre la cavité utérine et l'œuf indique l'existence soit d'une grossesse interstitielle intra-musculaire, soit d'une grossesse interstitielle canaliculaire à évolution tubaire, ou canaliculaire vraie allant à la rupture.

» L'absence de septum musculaire implique au contraire et forcément l'idée d'une grossesse interstitielle canaliculaire à évolution utérine. »

A un autre point de vue, que cette enveloppe musculaire soit complète ou seulement partielle, c'est-à-dire réservant une ouverture utérine ou tubaire, elle est caractérisée par un épaississement de ses fibres au niveau de l'insertion primitive de l'œuf dans la corne, épaississement qui tend à disparaître par la suite avec les progrès du développement ovulaire.

Au delà de cette zône hypertrophique, la paroi utérine soulevée, distendue par la croissance de l'embryon qu'elle renferme, s'étire et s'amincit progressivement ; cette diminutiond'épaisseur favorisera d'autant la rupture en ce point.

Mais que devient la muqueuse tubo-interstitielle au cours de cette distension, de ce refoulement de la paroi dont elle est le revêtement normal ? Son épaisseur en temps ordinaire est des plus minimes. A ce niveau, va-t-elle disparaître après l'implantation de l'œuf, ou bien la verrons-nous constituer la caduque ovulaire. Les auteurs ne sont nullement d'accord sur ce point. Pourtant les recherches attentives de M. Lequeux furent très nettement positives. Une coupe intéressant la cloison utéro-tubaire de séparation mit clairement en évidence la disposition d'un septum musculaire interposé entre les deux caduques. Il semble par conséquent que le débat soit tranché.

Quels sont maintenant les rapports topographiques

de l'œuf avec la cavité intra-pariétale que nous venons de décrire? Nous les concevons d'une façon assez simple : l'embryon au centre, au milieu du liquide amniotique, puis l'amnios et le chorion avec ses villosités placentaires.

De ses fructueuses recherches sur l'anatomie des grossesses tubaires en évolution, M. Couvelaire déduit les propositions suivantes :

1° Le chorion de l'œuf tubaire jeune est villeux dans toute son étendue ; l'œuf tubaire jeune est comme l'œuf utérin jeune « placenta partout » ;

2° L'œuf jeune n'est inséré que sur une partie seulement de la paroi tubaire, l'un de ses pôles est adhérent à la paroi (zone d'insertion pariétale de l'œuf) tandis que le pôle opposé fait librement saillie dans la cavité tubaire aplatie et excentrique (pôle libre de l'œuf) :

3o Le chorion des œufs tubaires plus âgés (deux mois et demi) n'est que partiellement villeux. Le placenta devenu discoïde est localisé à une partie seulement de la circonférence de l'œuf, celle qui correspond à la zone d'insertion pariétale. La partie lisse, non villeuse du chorion correspond au pôle libre de l'œuf ;

4° Jusqu'à trois mois le pôle libre de l'œuf n'a contracté aucune adhérence avec la paroi tubaire libre qui lui fait face.

En résumé, pendant les trois premiers mois :

a) L'œuf tubaire comme l'œuf utérus évolue vers la constitution d'un placenta discoïde ;

b) Les rapports topographiques de l'œuf avec la

cavité tubaire, abstraction faite des rapports avec la muqueuse,sont pendant les trois premiers mois identiques aux rapports topographiques de l'œuf utérin avec la paroi et la cavité de l'utérus.

De tout ceci rien n'est exclusif à la grossesse interstitielle. Mais justement à ce propos M. Couvelaire émet une restriction au sujet de la greffe ovulaire :

Dans un cas de grossesse isthmique immédiatement juxta-utérine,il observa que sur toutes les coupes la totalité de la paroi tubaire donnait insertion à des villosités choriales. La greffe de l'œuf serait par conséquent faite à la totalité de la circonférence canaliculaire, et ajoute-t-il,cette interprétation est d'autant plus acceptable que les caractères anatomiques de la région dans laquelle l'œuf s'est fixé semblent *a priori* très favorables à ce mode de greffe : la cavité est très exiguë, la surface de revêtement épithélial de la muqueuse très peu considérable; enfin les bourrelets du chorion muqueux sont très peu nombreux et très peu élevés.

Nous voilà renseigné sur la disposition des éléments constitutifs du kyste fœtal jeune ; quelle sera dès maintenant leur évolution probable? Par quel processus anatomique la marche de la grossesse tubo-utérine sera-t-elle entravée ? Comment se fait-il que la rupture en est la terminaison habituelle ?

Au contact de l'œuf en voie de développement, il se produit une congestion vasculaire intense. Les cellules du tissu conjonctif s'hypertrophient, se mul-

tiplient. Les déformations et les ruptures de ces cellules entraînent la production d'ecchymoses.

Dévié de son but physiologique, placé dans un siège anormal, le placenta intra-canaliculaire se conduit de son côté comme un néoplasme malin, en ce sens qu'il envahit, transforme et détruit les tissus normaux pour frayer un passage à ses villosités. Ces vrilles placentaires envahissent peu à peu et assez profondément la paroi utérine déjà très amincie par l'accroissement de l'œuf. Les tissus sont infiltrés par l'hémorragie et les faisceaux musculaires distendus et dissociés, séparés les uns des autres par le sang répandu, n'offrent plus beaucoup de résistance, et il suffit alors d'un traumatisme, d'un effort quelconque, d'une congestion génitale lors l'un coït, ou à l'époque menstruelle pour déterminer la rupture.

Tantôt une contraction achève de rompre une paroi à moitié détruite, la rupture est brusque, violente ; tantôt au contraire les éléments fœtaux avancent progressivement dans la paroi précédés de petites hémorragies interstitielles ; lorsque la séreuse est près d'être atteinte, de petites effractions de sa surface permettent même une légère hémorragie péritonéale suivie de la production de quelques adhérences. C'est ainsi qu'il faut expliquer, au dire de Guillaume (1), les cas de rupture en plusieurs temps.

Jusqu'à Lawson-Taït on admettait l'explication de

---

1. Guillaume, thèse de Paris, 1911.

la rupture ampullaire par la distension excessive de la paroi tubaire due à la croissance de l'œuf. La trompe n'est cependant pas capable d'éclater sous la simple pression de son contenu, et les observations de grossesse parvenues à terme ont fait justice de cette interprétation.

Il en est de même au sein de la trompe interstitielle : l'amincissement de la paroi et sa tension sont une cause, mais sa désintégration syncytiale en est une autre. Il est reconnu que la rupture se produit presque toujours à l'endroit où est fixé le placenta.

On dit classiquement que la rupture se fait au sommet du sac. Ce fait n'est pas du tout constant, et l'on peut du reste se demander si le sommet du sac n'était pas précisément le lieu d'implantation des villosités choriales ; et, d'autre part n'avons-nous pas dit que peut-être le greffe de l'œuf occupe toute l'étendue de la surface intra-pariétale.

Pour Pilliet, Zedel, l'amincissement de la paroi est le résultat d'une destruction partielle que réalise en son sein la pénétration des vrilles placentaires ; et dans sa thèse inaugurale Couvelaire insiste sur l'amincissement de la paroi au niveau du placenta, et établit un rapport de causalité entre ces deux phénomènes si constamment relevés.

L'hémorragie est en définitive le facteur principal de la rupture. « A côté des zones d'amincissement, il en est d'autres qui représentent des altérations plus importantes, lesquelles consistent essentiellement en

apoplexies interstitielles entre la capsule de l'œuf et la paroi ou au sein même de la paroi. »

La paroi devient ainsi à cet endroit un vrai tissu pathologique sans résistance qui cède à la première occasion. Il y a là un processus purement passif.

Voilà pourquoi la rupture est la terminaison de beaucoup la plus fréquente dans la gravidité interstitielle.

En règle générale, cette rupture se fait avant le troisième mois ; rarement plus tardive, elle survint au cinquième mois dans le cas de Rochard et Demelin.

Les observations de grossesses interstitielles ayant évolué jusqu'au voisinage du terme et citées par Rooswinkel, ne paraissent pas à l'abri de contestations.

Parry réunissant 20 observations de grossesses tubaires interstitielles donne les chiffres suivants :

Quatorze n'ont pas dépassé le troisième mois ;

Une s'est rompu au quatrième mois;

Deux se sont rompues au bout de cinq mois et demi ;

Une s'est rompue au sixième mois ;

Une s'est rompue au huitième mois.

Ce dernier cas étant évidemment tout à fait exceptionnel et sans doute discutable.

Pinard observe deux grossesses interstitielles: l'une se rompit au deuxième mois, l'autre au quatrième mois.

Werth se basant sur 32 cas les a vues se rompre :

Une à un mois ;
Trois de un à deux mois ;
Quatre à deux mois ;
Six de deux à trois mois ;
Quatre à trois mois;
Deux de trois à quatre mois ;
Quatre à quatre mois
Quatre de quatre à cinq mois ;
Trois à cinq mois ;
Une de cinq à six mois.

Nous retiendrons de ces faits que l'époque moyenne de la rupture se trouve vers le troisième mois de la gestation.

Céci est parfaitement en accord avec ce que nous savons de l'évolution des grossesses ectopiques. « L'œuf fait éclater la trompe, a dit Pinard, d'autant plus tôt qu'il est greffé plus près de l'utérus. » Couvelaire insiste sur ce fait à propos des grossesses isthmiques dont il résume ainsi les grands caractères : apoplexie ovulaire précoce s'accompagnant de rupture primaire intra-péritonéale du sac et d'hémorragie diffuse.

Ces caractères se retrouvent dans la gravidité interstitielle : ils seraient dus au calibre réduit de la trompe à ce niveau, ce qui causerait la greffe de l'œuf sur toute l'étendue de la paroi, et aussi au peu d'extensibilité du canal en ce point.

La lecture d'un certain nombre d'observations

nous a conduit à penser que les grossesses interstitielles vraies, c'est-à-dire celles dont l'évolution reste intra-murale, les seules admises par Glasemer, sont vouées à une rupture plus précoce. La terminaison serait sensiblement plus tardive pour les grossesses interstitielles canaliculaires à évolution utérine, et surtout pour celles à évolution tubaire.

*
* *

Connaissant le mécanisme et la date approximative de la rupture, il nous reste à examiner:

1° Les lésions de l'utérus proprement dit ;

2° Les lésions de voisinage ;

3° Le sort ultérieur de l'œuf après la rupture.

Nous verrons, en terminant ce chapitre, quelle est la fréquence de cette rupture relativement aux autres terminaisons possibles de la grossesse tubo-utérine.

Cette partie de notre étude sera grandement facilitée par les recherches de R. Mercier, sur *les ruptures spontanées de l'utérus gravide dans leurs rapports avec les grossesses interstitielles.*

Lorsque le chirurgien intervient, il trouve, après avoir épongé le sang et retiré les caillots, l'utérus déchiré à l'angle latéral de son fond. L'effraction a, dans presque tous les cas, la forme d'une fissure, les dimensions en sont variables ; on l'a vue s'étendre d'une trompe à l'autre.

Mercier déclare que toujours il y a déchirure de

tous les plans superposés et que l'on n'a jamais retrouvé ces ruptures incomplètes tant externes qu'internes décrites par Mme Lachapelle.

Les bords de la plaie sont dilacérés et déchiquetés par suite de l'inégalité de résistance des diverses couches utérines et le tissu musculaire plus ou moins infiltré de sang. L'épaisseur de ces bords est assez variable, diminuée dans certains cas, sans amincissement remarquable dans d'autres.

Des lésions de voisinage, nous n'envisagerons que les altérations portant sur les annexes ou le péritoine. Dans le cas que nous avons eu sous les yeux, les ovaires étaient kystiques et cette particularité se retrouve dans plusieurs autres observations. Par contre, il est des cas, témoin celui de Tuffier, où les deux trompes et les deux ovaires sont demeurés absolument intacts et l'on conçoit facilement que, dans les circonstances habituelles, l'intégrité des annexes, du côté non gravide, contraste avec les altérations qui occupent le côté de la rupture. L'ovaire est déplacé, la trompe contournée tuméfiée, rouge à sa surface, entourée d'adhérences et vient se terminer du côté de la matrice dans les tissus effractionnés.

Les altérations péritonéales sont la conséquence immédiate de la rupture pariétale : un épanchement sanguin considérable occupe la cavité pelvienne, le sang pur ou mélangé de liquide amniotique inonde le péritoine et après quelques heures se forment des caillots. Sauf au niveau de la déchirure, la séreuse

n'est pas autrement lésée. Mais supposons que l'hémostase se produise spontanément et que la malade ait survécu à l'hémorragie : un tel épanchement se trouve éminemment favorable à toute infection venant de la plaie utérine ; d'où menace de péritonite aiguë ou franchement chronique avec formation d'adhérences.

Ce qui intéresse donc avant tout dans la rupture interstitielle, c'est l'hémorragie ; le sort de l'œuf importe peu : dans tous les cas, le fœtus a succombé. Il sera parfois difficile de le reconnaître au milieu du sang qui emplit le petit bassin, pourtant à la partie ouverte et dilacérée on trouvera le plus souvent une masse noirâtre plus consistante que les caillots récents plus ou moins adhérents à la paroi rompue. Ce sphéroïde sanguinolent n'est autre que le placenta et c'est dans son milieu qu'il faut chercher l'embryon. S'il s'agit d'une grossesse très jeune, celui-ci peut rester introuvable ; à côté de cela on signale à titre exceptionnel l'intégrité du sac amniotique. Dans le cas de Harrisson (1), le fœtus s'était échappé dans la cavité péritonéale enveloppé de ses membranes.

Que devient le placenta après la rupture ? il est largement dilacéré et se trouve mi-partie abdominal, mi-partie utérin, ou franchement abdominal.

Un intérêt particulier s'attache à déterminer son

---

1. Harrisson, *The Americ Journal of Med. sc.*, 1834, XV, 371.

lieu d'insertion : nous avons peu de renseignements sur ce sujet, mais il est probable que l'endroit même de son insertion a été le point de départ de la déchirure, on le voit en effet adhérer par lambeaux aux lèvres de la plaie.

Cette adhérence est parfois très tenace. Mercier considère que bien des cas *d'enchatonnement* du placenta ne sont que des exemples de grossesse tubo-utérine. Cet auteur, analysant une observation de Bubendorff, donnée comme exemple de chatonnement, suppose que la grossesse s'étant développée dans la portion interstitielle de la trompe, le pseudo-rétrécissement n'est autre que l'ostium tubæ dilaté.

Telles sont les altérations entraînées le plus souvent par l'évolution de l'œuf dans la région intra-musculaire. Elles sont trait surtout aux cas décrits par Mercier et qu'il explique de cette façon :

« L'œuf, en se développant, peut distendre l'ostium tubæ et s'avancer dans la cavité utérine : il se produit ainsi une grossesse tubo-utérine, et on peut observer tous les degrés depuis la dilatation moyenne de l'ostium (la grossesse restant extra-utérine) jusqu'à l'élargissement considérable de cet orifice) la grossesse devenant alors essentiellement utérine).

Dans de semblables conditions, la distension de la paroi porte surtout sur la corne utérine dont les faisceaux musculaires sont désunis par l'infiltration de cellules choriales et l'hémorragie interstitielle. Sous l'influence d'une cause occasionnelle infime,

il peut se produire une rupture utérine, en apparence spontanée.

La fréquence de cette évolution vers la rupture cataclysmique ne saurait être rigoureusement établie. Mercier attire l'attention sur l'augmentation du nombre de grossesses interstitielles rompues et la diminution inverse de celui des ruptures de l'utérus gravide dites spontanées.

Les quelques observations suivantes montreront que nombre d'accidents étiquetés ruptures de l'utérus doivent être vraisemblablement tenus pour complications de grossesses tubo-utérines. On retrouvera de plus à la lecture de ces observations un certain nombre des caractères anatomiques précédemment indiqués.

OBSERVATION I

(Collineau, *Journal général de médecine*, *in* Duparque, *Maladies de la matrice*, II, 49.)

Rupture au deuxième mois. — Mort.

3 juillet 1908. — M. Collineau fut appelé à 4 heures du matin près d'une femme âgée de vingt-six ans, qui depuis 3 heures éprouvait une colique très violente. Il trouva cette femme se roulant dans son lit, et poussant de longs gémissements que lui arrachait la douleur La face était très pâle, la peau couverte d'une sueur froide, le pouls petit, iné-

gal, vite et intermittent. Le ventre était gros, mais ni dur, ni douloureux au toucher. La malade ne put répondre aux questions qu'on lui adressa, qu'en désignant la région hypogastrique, et disant avec effort que c'était de là qu'elle souffrait.

Le mari dit que depuis trois semaines ses règles manquaient, qu'elle était mal portante, mais qu'elle attribuait cet état à une grossesse probable que, la veille, elle avait fait un effort pour enlever de terre et poser sur une table un vase très pesant chargé d'eau et de linge, mais sans éprouver aucun symptôme inquiétant. Vers 1 heure du matin, elle avait été prise d'une très forte colique accompagnée de vomissements et suivie de défaillances pendant lesquelles elle était froide comme le marbre.

Pendant ce colloque, la femme se tourna sur le côté et mourut.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen il s'écoula un peu de sérosité et une grande quantité de sang : après avoir enlevé un très grand caillot qui recouvrait les viscères abdominaux, on trouva un fœtus de deux mois environ, sorti de la matrice par une ouverture qui se trouvait au fond de ce viscère, près de son angle gauche. Le placenta était attaché près de cette ouverture dont les bords étaient minces et frangés. Ce viscère était revenu sur lui-même de manière à embrasser exactement le placenta. Ses parois étaient épaisses de quatre à cinq lignes, excepté dans le lieu de la rupture, où, dans l'espace de plus d'un pouce de diamètre, elles étaient très amincies. Le col de la matrice était long et épais.

OBSERVATION II

(H. Cooper, *British. med. Journ.*, 27 oct. 1858, *in* Coutagne, *Lyon méd.*, 1882, n° 41.)

Rupture au troisième mois. — Mort.

Une femme, âgée d'environ trente ans, mariée depuis deux ans, fait une fausse couche, huit ou neuf mois avant sa mort. Elle croit être redevenue enceinte immédiatement après, mais a pourtant ses règles encore une fois avant sa dernière maladie. Pendant cette période, douleurs continuelles dans les reins et sensations anormales de défaillance, malgré cela l'état général est bon. A la fin de juillet 1858, elle se fatigue beaucoup et en particulier danse presque toute une soirée. Deux jours après cette imprudence elle sent une douleur brusque dans le bas-ventre et tombe en syncope. Son médecin la trouve dans le collapsus, la peau froide, vomissant et se plaignant de douleurs très vives dans le bas-ventre; légère métrorragie. Le lendemain aggravation de l'état, gonflement abdominal; continuation des vomissements, prostration croissante. Mort le jour suivant.

Autopsie. — On trouve une grande quantité de sérum sanguin dans l'abdomen, dont les organes sont sains à part cela. La cavité pelvienne est occupée par de gros caillots; il pouvait y avoir 4 pintes de sang épanchées en tout. On trouve l'utérus déchiré à l'angle gauche de son fond, et un fœtus de trois mois ayant son placenta en partie détaché fait saillie par cette ouverture. La paroi du fond de l'utérus

était elle-même si mince qu'on pouvait voir au travers la portion de placenta qui restait dans la cavité, ou le doigt qu'on y introduisait. A un examen attentif on trouva que le tissu propre de cette partie de l'utérus était converti en une masse friable, semblable à du fromage ou à du lait caillé (*cheesy or curdy*) qui se déchirait aisément par le doigt et qui n'offrait réellement aucune résistance à une cause quelconque de distension. Sur la partie du fond indiquée plus haut, cette altération s'était continuée jusqu'à ce qu'il ne restât que le revêtement membraneux et même en ce point, cette membrane était déchirée, et avait ainsi amené la mort. Le col était tout à fait sain et très contracté, on ne pouvait y découvrir aucun indice de maladie.

OBSERVATION III

(Puzin, thèse de Paris, 1809, p. 58-59.)

Rupture au troisième mois. — Mort.

Dans le courant de messidor an XI, Mme G..., âgée de trente ans, épuisée par la gestation et l'allaitement de cinq enfants et par plusieurs fausses couches, portait sur la tête un fardeau, étant au troisième mois d'une nouvelle grossesse, elle fit un faux pas et dans l'effort qu'elle fit pour s'empêcher de tomber, elle ressentit une douleur violente dans la matrice, suivie d'une sensation de chaleur dans le ventre, de défaillance, de sueurs froides et de syncopes. Transportée chez elle, j'observai les symptômes suivants : pouls petit, faible, intermittent, ventre dur et tendu, face pâle, lèvres décolorées,

yeux et respiration faibles, prostration des forces sans hémorragie extérieure. Je crus reconnaître une rupture de matrice avec épanchement. Le lendemain la chaleur de la peau s'élève, la malade put articuler quelques paroles ; le quatrième jour, il y eut un léger mouvement de fièvre, suivi d'une sueur générale. La malade prit quelques aliments, et après quinze jours se leva et vaqua à ses affaires sans ressentir d'autre incommodité qu'un peu de faiblesse. Un mois après le premier accident, les symptômes ci-dessus énoncés reparurent avec beaucoup plus d'intensité et trois jours après la malade mourut.

Autopsie. — A l'ouverture du bas-ventre, il sortit de cette capacité environ 2 pintes d'un sang noir et liquide, qui avait pénétré jusque dans l'intervalle des intestins. J'épongeai bien exactement, et je trouvai au-dessus de l'utérus un caillot aplati, adhérent à l'intestin grêle et au fond de l'utérus près de l'insertion de la trompe droite, sur une crevasse de 1 pouce d'étendue, crevasse correspondant à l'implantation du placenta. J'ouvris la matrice dont la membrane interne était molle et phlogosée, et j'en tirai un fœtus mâle de trois mois bien conformé.

OBSERVATION IV

(Warren, *London med. Gazette*, déc. 1851, in Coutagne, *Lyon méd.*, 1882, p. 303).

Rupture au quatrième mois. — Mort.

Femme de trente ans, ordinairement bien portante, a eu un accouchement antérieur normal ; au quatrième mois de sa

deuxième grossesse, étant occupée à coudre, elle ressent tout à coup dans le bas-ventre une violente douleur suivie de prostration rapide ; la mort s'ensuit six heures après sans qu'il se soit rien écoulé des parties génitales.

Autopsie. — Fœtus de quatre mois, normal, passé dans la cavité abdominale ainsi qu'une grande quantité de sang. L'utérus est rétracté et présente, dans son fond, une déchirure dont la cause n'a pu être reconnue.

OBSERVATION V

(Malacarme, *Mem dell I. R. instit. del regno lombardo veneto*, t. II, 1821, *in* Dezeimeris, *l'Expérience*, 1839, 247.)

Rupture au quatrième mois. — Mort

Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, mère de 3 enfants, qui périt d'une rupture de l'utérus à quatre mois de grossesse. A la suite d'un très grand refroidissement, cette femme avait éprouvé, au mois d'avril 1812, des douleurs dans le côté droit, puis des vomissements et de la fièvre. Ces derniers accidents se dissipèrent, mais non la douleur qui ne fit au contraire que s'accroître. et le 3 août il y avait tumeur dans l'abdomen, douleurs violentes dans le côté. Un médecin appelé auprès d'elle, la trouva dans un état de lipothymie, elle revint à elle, ne se plaignit point de grandes souffrances, mais comme on lui palpait le ventre, elle fut prise de convulsions, la face rouge jusqu'alors devint pâle, les yeux s'affaissèrent, le pouls devint lent et intermittent, les convulsions alternèrent avec les lipothymies, et la mort arriva.

Autopsie. — On vit l'épiploon repoussé vers la partie supérieure dans le sang épanché au milieu des intestins. Dans ce sang se trouva un fœtus auquel, d'après son volume, on donna quatre mois. Après avoir extrait ce sang et porté les intestins de côté, on vit la matrice avec une déchirure irrégulière, à travers laquelle sortait une masse floconneuse, charnue, irrégulière, fournissant encore du sang.

OBSERVATION VI

(P. Bar et R. Mercier, *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 9 février 1898, p. 36-45.)

Rupture d'une corne utérine au neuvième mois. — Mort.

10 juillet 1897. — La femme B..., âgée de vingt-cinq ans, journalière, entre à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine pour des accidents abdominaux graves.

Ses antécédents héréditaires ne renferment aucune particularité : le père est inconnu, la mère est morte à trente-deux ans, sans qu'il soit possible de savoir à quelle maladie elle a succombé. Questionnée sur ses antécédents personnels, la malade n'accuse aucune affection dans son enfance : réglée à seize ans, elle l'a toujours été depuis régulièrement, pendant huit jours.

Une première grossesse à dix-huit ans s'est terminée par l'expulsion spontanée à terme d'un garçon vivant, mais la délivrance fut incomplète, et des accidents fébriles nécessitèrent un curettage qui fut pratiqué à l'hôpital Tenon. Depuis cette époque, elle n'a cessé de se bien porter.

Ses dernières règles, commencées le 2 octobre 1896, ont cessé le 8. Le début de sa grossesse fut exempt de toute complication et l'interrogatoire ne permet pas de déceler le moindre symptôme capable de faire songer à la rupture d'une grossesse ectopique.

Au sixième mois, apparurent aux membres inférieurs des varices avec œdème malléolaire. Vers le milieu d'avril, c'est-à-dire alors que la grossesse était âgée de six mois, la malade commença à ressentir des douleurs assez vives dans la région hypogastrique; ces douleurs continues et exagérées par la fatigue persistèrent avec la même intensité jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital.

9 juillet 1897, 11 heures du soir. — Elle est prise brusquement, sans cause apparente, sans chute ni heurt, ni aucun traumatisme immédiat ou antérieur, d'une douleur syncopale à siège abdominal. Un médecin appelé pratique le toucher vaginal et retire son doigt couvert de sang; une légère hémorragie utérine se produit alors et dure dix minutes. La malade se met au lit; mais la douleur n'en garde pas moins toute son acuité pendant le reste de la nuit.

10 juillet, 10 heures du matin. — La malade est amenée dans le service, elle se plaint de douleurs continuelles dans l'abdomen. Le facies est pâle, grippé, le thermomètre placé dans l'aisselle marque 38 degrés. Au palper l'abdomen est météorisé, le fœtus est transversalement placé; la tête occupe la fosse iliaque droite, le dos étant probablement en arrière.

Les battements du cœur fœtal sont perceptibles, mais faibles. Le toucher montre que le col est long et fermé ; il n'y a pas de début de travail. On sent au-dessus de la lèvre

postérieure couvrant en partie le cul-de-sac de Douglas, une paroi utérine un peu tendue et on pense à une insertion vicieuse du placenta. Après une injection vaginale au sublimé (1/4 000), 2 heures soir, température 38°2.

4 h. 1/2 du soir. — Température 39° 4 ; pouls 120.

6 h. 1/2 du soir. — L'état général est grave, le facies très pâle : des vomissements bilieux et de la diarrhée sont survenus, le météorisme s'accentue.

Un nouvel examen permet de constater que la région sous-ombilicale est mate.

La palpation est très douloureuse.

On peut néanmoins délimiter nettement la tête fœtale dans la fosse iliaque droite : elle y est très superficiellement placée ; puisque à travers la paroi abdominale les sutures et les fontanelles peuvent être senties. Il n'y a toujours aucun signe de travail, le col est long, l'hémorragie est nulle, et le liquide amniotique ne s'est pas écoulé. On décide de faire la laparotomie.

Opération, 8 h. 1/2 soir. — Après chloroformisation et cathétérisme vésical, la paroi abdominale est incisée dans toute son épaisseur, depuis le pubis, jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic. Le fœtus qu'on trouve dans le péritoine est extrait : il n'est pas macéré et pèse 2.500 grammes. Le placenta est logé mi-partie dans la fosse iliaque, mi-partie dans la portion correspondante de l'excavation ; du sang coagulé le fait adhérer aux tissus sous-jacents. Son poids est de 460 grammes. Deux champs sont placés sur les ligaments larges en dehors des ovaires, et la portion supra-vaginale de l'utérus est enlevée avec les annexes.

Une grande quantité de caillots répandus dans le péritoine

sont retirés. Le pédicule utérin, entouré d'un lien de caoutchouc, est fixé à l'angle intérieur de la plaie abdominale.

Pansement à la gaze iodoformée.

11 heures soir. — Injection sous-cutanée de sérum artificiel (eau salée à 7/1000, 500 gr.). A partir de ce moment la malade est sondée toutes les deux heures.

11 juillet, 2 heures matin. — Injection sous-cutanée de sérum artificiel (500 gr.). Vomissements, diarrhée noirâtre et fétide.

9 heures matin. — Température 37°6, pouls 110. L'état général paraît s'être légèrement amélioré.

3 heures soir. — La température s'élève (39 degrés), pouls 130. La diarrhée continue et les vomissements se produisent sans effort, à toute tentative d'alimentation.

9 heures soir.— Température 39°6. Même état. La quantité des urines émises dans les vingt-quatre heures atteint 700 grammes.

12 juillet, 10 heures du matin. — Pansement de la plaie abdominale et cautérisation du pédicule au thermocautère.

3 heures soir, température 39°6, pouls 160. L'état général s'aggrave, la diarrhée et les vomissements persistent. Il y a en outre du subdélire. Injection sous-cutanée de sérum (500 gr.).

4 h. 45 du soir. Mort dans le coma.

Autopsie. — Après l'ouverture de la paroi abdominale, l'estomac et l'intestin apparaissent fortement distendus, mais nullement congestionnés.

Le pédicule et les ligaments larges ne présentent rien d'anormal. On trouve seulement entre le grand épiploon et le méso-côlon droit un gros caillot qui a probablement dû être

laissé au moment de l'opération, car on ne voit aucun vaisseau qui ait pu s'ouvrir après l'intervention. Il n'y a aucune trace de péritonite, pas de fausses membranes ni même de congestion.

Examen de l'utérus. — La portion de l'utérus qui a été extraite représente le corps de l'organe. Il est entièrement revenu sur lui-même et sa forme régulière est exactement celle qu'on observe chez la femme qui vient d'accoucher. Il n'y a aucune trace de malformation utérine.

Le bord gauche de l'utérus est normal. La trompe correspondante, qui mesure 8 centimètres, le ligament rond et l'ovaire ne sont nullement adhérents.

Le bord droit présente une large déchirure qui en occupe la plus grande partie pour s'arrêter à 4 centimètres au-dessus de le limite inférieure du corps. Il y a en ce point une sorte d'éclatement de l'utérus, comme si une violente pression s'exerçant de dedans en dehors, avait décollé en le projetant en haut l'angle supérieur; un volet supérieur et deux volets latéraux se sont ainsi formés entre lesquels trois doigts peuvent pénétrer dans la cavité de l'organe. (V. la planche).

La disposition des annexes droites mérite une description particulière. L'ovaire est libre, mais il est déplacé et porté au-dessous et en arrière de la trompe. Des adhérences appliquent contre la paroi postérieure de l'utérus, la portion externe de la trompe qui, sur une étendue de 5 centimètres, semble comprise dans l'épaisseur du péritoine; seul le pavillon est tout à fait libre. La trompe incisée longitudinalement laisse apercevoir ses franges sur une longueur de 4 c m. 5 environ; mais à partir de ce point, elle se contourne toujours avec des franges et se perd sur les bords de la rup-

ture, sans qu'il soit possible de déterminer son lieu de pénétration.

Au-dessus de la trompe et de l'ovaire droit est donc la rupture de l'utérine. Les figures 1 et 2 qui représentent respectivement la pièce vue par sa face postérieure et par son bord droit donnent une idée précise de l'aspect de la lésion.

L'épaisseur de la paroi utérine, prise au niveau du volet supérieur, est de 1 cm. 5, celle de la paroi antérieure dépasse 2 centimètres et celle de la paroi postérieure atteint 2 cm. 5.

Une section médiane pratiquée dans le sens antéro-postérieur permet d'évaluer l'épaisseur totale de l'utérus à 7 centimètres. L'épaisseur de la paroi antérieure est de 3 cm.3, celle du fond mesure 2 centimètres.

Sur une coupe faite transversalement et de haut en bas, on voit la cavité utérine se dessiner avec sa forme triangulaire du côté de la corne gauche (fig. 1 et 1). En bas, elle s'ouvre largement dans le col, et l'orifice interne a une longeur d'un travers de doigt environ.

Du côté droit la cavité utérine se continue directement avec l'effraction. La muqueuse lisse au niveau de la partie rompue va se perdre insensiblement sur ses bords externes. A quelques centimètres en dedans près du plan médian, elle devient cruentée, épaisse, recouverte de caillots. En aucun point, on n'observe de débris flottants qui permettent de penser à l'existence d'une cloison ayant à un moment donné séparé l'œuf de la cavité utérine proprement dite.

Examen histologique. — L'examen histologique a porté sur deux points :

1° L'état de la paroi, musculaire au niveau de la rupture.

Ici nous avons trouvé un extravasat sanguin étendu ; des

fibres musculaires dégénérées se trouvent éparses au milieu du sang. Ce sont là des lésions traumatiques, et rien n'autorise à penser qu'il y ait eu en ce point une dégénérescence spéciale des cellules musculaires antérieures à la rupture et qui puisse être incriminée comme cause de cet accident ;

2° Nous avons examiné la caduque utérine prise sur un point de la paroi antérieure (fig. 1). Ici, nous avons trouvé immédiatement au-dessus de la paroi musculaire, une couche épaisse dans laquelle les glandes extasiées forment de vastes espaces clairs tapissés par un épithélium bien conservé. Au-dessus, on voit une épaisse couche de cellules déciduales pressées les unes contre les autres.

Il paraît logique d'interpréter ainsi ces observations. Un œuf greffé dans la trompe très près de l'ostium a progressivement dilaté cet orifice.

Son expansion s'est faite vers la partie interne, en sorte qu'il fait saillie d'une part dans la cavité utérine, et d'autre part se creuse une poche intra-musculaire qui finalement se rompt.

Pour être la terminaison la plus fréquente et la plus redoutable, l'évolution vers la rupture, telle que nous venons de la décrire, n'est cependant pas constante.

L'œuf, primitivement implanté dans la trompe intra-pariétale, peut évoluer différemment, et tout dépendra de l'orientation de son développement.

Dans une première catégorie de faits, la cavité de la grossesse est située exactement dans le tiers externe du trajet interstitiel de la trompe. C'est ce que l'on constate dans l'observation de M. Tuffier : la nidation était localisée juste à l'angle tubo-utérin.

Il s'en suivit une rupture comprenant seulement la surface péritonéale : l'orifice interne de la trompe était restée fermée, et la paroi utérine demeurait intacte.

Dans les cas analogues la greffe initiale se fait dans la portion interstitielle, mais le kyste fœtal se développe principalement du côté de l'isthme tubaire, en sorte qu'au moment de la rupture, la paroi utérine se trouve épargnée. Il se produit une rupture simplement tubaire et l'œuf vient faire saillie du côté de la cavité péritonéale. Ceci nous explique dans une certaine mesure la prolongation de quelques grossesses, dites interstitielles, jusqu'au voisinage du terme, dont les cas extraordinaires de Léopold et de Rooswinkel sont des exemples.

Enfin, dans d'autres circonstances, le kyste fœtal subit encore une migration tubo-utérine : il distend peu à peu l'ostium, mais cette fois-ci, au lieu de rester partiellement fixé dans l'extrémité interne de la trompe, au lieu de simplement faire saillie dans la cavité utérine, il arrive à franchir en entier l'orifice utérin, et abandonnant définitivement sa loge tubaire, il tombe dans la cavité de l'utérus. On conçoit dès lors, que fœtus et arrière-faix soient entraînés au dehors, comme s'il s'agissait d'un simple avortement.

Schultze prétend que cette descente intra-utérine serait la terminaison fréquente de grossesses tubo-utérines.

Cette conception, est vraisemblable et fort séduisante à coup sûr, puisqu'elle rendrait compte de bon nombre de fausses couches dont la cause demeure incertaine. La plupart des auteurs ne partagent pourtant point cette manière de voir, et se rangent à l'avis que pareille terminaison est rare.

Lehmann (1) n'admet pas un processus si simple ; il s'explique ainsi l'avortement tubo-utérin : la grossesse devient intra-utérine si l'œuf s'est greffé en bas et en dedans, car les villosités pénètrent peu à peu dans la paroi utérine ; dès que la grossesse est avancée, cette paroi ne peut plus contenir l'œuf, il y a par conséquent effraction et communication finale entre la cavité intra-murale, siège de l'œuf, et la cavité utérine. Le fœtus est insuffisamment nourri car il ne peut se greffer dans l'utérus, il meurt, puis est éliminé.

En résumé, d'après Lehmann, la grossesse tubo-utérine évolue ainsi : la portion interstitielle de la trompe, la cavité intra-murale et finalement la cavité utérine.

Quoi qu'il en soit, l'issue vers l'utérus est possible; plusieurs observations en sont le témoignage. Les dispositions anatomiques nous permettent de concevoir que le placenta puisse être expulsé par les

---

1. Lehmann, *Archiv für Gynœkol.*, t. LXXXIX, fasc. 2. Berlin.

organes génitaux externes, alors que le fœtus tombe dans l'abdomen par suite d'une rupture, ou bien que le fœtus sorte au dehors, tandis que le placenta tombe dans le péritoine.

Dans un fait plus bizarre encore publié par Masehka, le corps du fœtus s'était séparé en deux parties : l'une avait été expulsée, l'autre était tombée dans l'abdomen. Il s'agissait d'une jeune fille qui mourut rapidement et chez laquelle on soupçonna un avortement criminel ; à l'autopsie on trouva une grossesse interstitielle, qui, dans la dix-huitième semaine, s'était rompue à la fois du côté de la cavité utérine et du côté de la cavité abdominale. Le placenta et la tête du fœtus, avec une partie des vertèbres cervicales, se trouvaient dans l'abdomen ; des recherches ultérieures firent retrouver le tronc du fœtus dans la chambre de la jeune fille.

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION CLINIQUE

Nous étant expliqué sur les caractères anatomiques et le mécanisme de la terminaison d'une grossesse interstitielle, il convient d'exposer ici, au risque de certaines redites, quelles manifestations cliniques nous conduisent à soupçonner l'existence de cette grossesse aux différents stades de son évolution.

La symptomatologie de la grossesse interstitielle au début se confond avec celle de la grossesse ectopique proprement dite ; notre but étant de parler seulement des particularités exclusives à la variété qui nous occupe, ce chapitre sera court.

On sait qu'il s'agit le plus souvent de femmes jeunes encore, dont le passé génital est selon les cas chargé de fausses couches, de troubles utéro-annexiels et marqué par une stérilité relative. Bref, lorsqu'il y a eu déjà fécondation, la dernière grossesse remonte souvent à plusieurs années.

Ces femmes accusent parfois les symptômes ordinaires d'une gravidité de bon aloi (suppression des

règles, modifications du côté des seins, troubles digestifs, nerveux, etc. Doléris attire l'attention sur la fréquence des vertiges).

Plus souvent ce sont des troubles menstruels, irrégularités, méno et métrorragies. Le sang peut être rouge comme celui des règles ordinaires, parfois il devient plus épais, noirâtre, chocolat, ou, au contraire, rouillé, séreux.

Les hémorragies utérines abondantes paraissent plutôt liées au cas de grossesse tubo-utérine, surtout lorsqu'elles se répètent. Les rapports du kyste et de la paroi rendent compte de leurs caractères, mais ni leur intensité, ni leur persistence ne suffisent à expliquer l'anémie des malades. Les marques d'une anémie croissante attestent vraisemblablement la formation d'un hématome dans l'intérieur du sac tubaire, ou déjà la production d'épanchements intra-péritonéaux comme il en existait chez la malade de Muret et chez celle de Delagenière.

Toutefois, nous remarquons que ces hémorragies précoces dans les parois utérines du sac fœtal sont assez peu fréquentes. Elles expliqueraient les premières crises de douleur à la suite de plusieurs petites ruptures de la paroi postérieure du kyste.

On a beaucoup insisté sur l'expulsion d'une caduque au cours des grossesses tubaires en général. Mais, outre que cette constatation n'a rien de fixe, elle n'est aucunement significative d'une nidation interstitielle.

Lewers (1) s'est appuyé sur l'absence de tout écoulement vaginal pour aiguiller son diagnostic dans le sens de grossesse interstitielle. D'autres observateurs, au contraire, insistent sur l'importance clinique de ces pertes sanguines. Le certain est que les troubles menstruels sont constants. Ils deviennent une indication précieuse, surtout si la femme accuse en même temps des douleurs très vives dans le bas-ventre. Ces douleurs siègent d'un seul côté, avec irradiations variables, et elles procèdent ordinairement par crises espacées ; c'est presque toujours le motif qui détermine la femme à venir consulter.

Un interrogatoire attentif peut donc déjà nous faire présumer l'existence d'une grossesse anormale, mais aucune particularité ne saurait être interprétée à coup sûr en faveur d'une localisation précise.

A l'examen de la femme on perçoit au-dessus du pubis une tumeur plus ou moins déviée à droite ou à gauche. La malade de Lewers délimitait elle-même une petite masse dans l'hypocondre gauche. Cette tumeur est sensible, douloureuse même à la palpation. Elle paraît accolée à une autre tumeur de consistance plus dure qui est l'utérus, toujours hypertrophié.

Le doigt trouve un col peu ramolli et plus ou moins dévié de sa situation normale ; dans le cul-de-sac latéral, il reconnaît la consistance kystique de la

---

1. Arthur-H.-N. Lewers, *The Lancet*, 7 janvier 1911, n° 4558, vol. CLXXX, p. 9.

tumeur et en apprécie le volume, mais sans trouver aucune zone de démarcation franche avec le corps utérin.

Les deux masses sont en connexion intime: l'exploration bimanuelle pourra seule en rendre compte ; pratiquée avec attention, elle établira si l'œuf ectopique, dont l'existence est justement soupçonnée, siège dans le segment interne de la trompe et non pas dans sa portion externe, ampullaire. Elle nous féra percevoir l'asymétrie de l'utérus et l'existence d'une tumeur kystique accolée à la corne latérale.

Quant à la situation de l'insertion du ligament rond,sa recherche est le plus souvent négative.Pourtant Muret prétend l'avoir nettement perçue au travers d'une paroi abdominale flasque et mince, ce qui lui aurait permis d'affirmer le diagnostic.

Dans certains cas, on a remarqué la coloration lie de vin de la muqueuse vaginale, due sans doute à l'infiltration du sang dans l'épaisseur des ligaments larges et du tissu cellulaire péri-utérin.

Ce symptôme inconstant n'est point pathognomonique de grossesse intra-pariétale.

Ajoutons au même titre que du côté où siège la tumeur, la vascularisation est particulièrement intense. Aussi n'est-il pas rare de sentir le pouls vaginal dans le cul-de-sac correspondant.

Mais souvent la constatation de ces phénomènes est négligée,car l'affection demeure en quelque sorte latente : la malade ne vient pas consulter, ou bien il

n'existe rien de caractéristique jusqu'au moment où surviendra une crise aiguë.

Si donc la grossesse poursuit librement son cours, que va-t-il se passer ?

L'évolution sera brève, car dès le deuxième ou le troisième mois des accidents éclatent, toujours d'une extrême gravité.

Effectivement, de par le siège de la greffe, de par l'expansion intra-musculaire du kyste fœtal, nous avons vu cette grossesse vouée à une terminaison précoce, à un aboutissant fatal qui est la rupture et ses conséquences.

Nous sortirions du cadre de notre étude en donnant ici le tableau clinique de l'inondation péritonéale. Nous dirons seulement qu'elle revêt la forme cataclysmique dont le début est brusque, tantôt spontané, tantôt sous l'influence d'une cause minime, marqué par une douleur abdominale extrêmement violente ; que la malade tombe dans une prostration rapide, parfois avec syncope entraînant la mort en quelques heures.

Tel est le pronostic le plus habituel d'une grossesse intra-pariétale abandonnée à elle-même.

En présence de symptômes si alarmants, le chirurgien ne trouve ni le loisir ni même la possibilité d'affirmer un diagnostic précis. Le toucher vaginal et l'exploration bimanuelle sont rendus fort difficiles par suite de la défense de la paroi et de l'extrême

sensibilité des culs-de-sac. Mais un interrogatoire minutieux fera dépister sinon des signes de grossesse, car nous avons appris que des indications négatives il faut tenir faible compte, au moins des troubles menstruels.

Grâce à ces renseignements, les bruyants symptômes d'hémorragie interne seront rapportés à une rupture tubaire, et cela suffit en pratique.

Cette terminaison dramatique n'est cependant pas d'une constance fatale.

Nous avons admis en effet dans la classe des interstitielles les grossesses, qui, primitivement greffées dans la portion intra-musculaire de la trompe, subissent secondairement soit une évolution isthmique soit une évolution utérine.

Dans le premier de ces cas, l'hémorragie foudroyante est encore possible, mais plus souvent les accidents sont ceux d'une hématocèle rétro-utérine. Après une crise alarmante les symptômes ne tardent pas à s'amender, mais la suppuration de l'hématocèle reste une menace impérieuse ; il faut la prévenir.

Dans ces cas, il s'est produit non pas une rupture brusque complète, mais une série de ruptures partielles, la paroi utérine a été épargnée, la trompe et la séreuse ont cédé dans la partie isthmique et les fausses membranes sont intervenues.

C'est là une terminaison trop peu assurée pour qu'il soit permis d'y compter. Toutefois nous pensons que c'est à ce processus qu'il faut attribuer les

cas de grossesses interstitielles parvenues jusqu'à une période avancée et voisine du terme.

Enfin un avortement utérin peut être la terminaison pure et simple d'une grossesse interstitielle : un kyste fœtal implanté près de l'ostium peut spontanément franchir cet orifice et tomber dans la cavité utérine, simulant ainsi la fausse couche vulgaire.

Cette dernière éventualité est-elle fréquente ? Schultze l'affirme ; mais il paraît difficile à l'heure actuelle d'en fournir la preuve catégorique.

Retenons ceci que MM. Bar et Mercier ont surabondamment démontré : à une nidation identique, c'est-à-dire toute proche de l'ostium, peut répondre un processus différent et bien autrement grave : Rupture de la corne quand la limite d'élasticité de ce segment est atteinte, la conséquence de ce cataclysme étant la mort par anémie aiguë.

Tout compte fait, la grossesse interstitielle apparaît comme la plus dangereuse de toutes les grossesses tubaires ; abandonnée à elle-même, elle évolue normalement vers la rupture dès les premiers mois. Les quelques observations que nous avons rapportées dans le précédent chapitre attestent que le développement d'un œuf dans l'épaisseur d'une corne utérine rend compte de bon nombre de morts rapides et inexactement expliquées.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

De l'aveu de tous les auteurs, le diagnostic clinique de grossesse tubaire interstitielle est d'une extrême difficulté.

Le plus souvent, le médecin n'est appelé qu'après la rupture du sac, ou tout au moins quand des phénomènes inflammatoires ou hémorragiques dominent le tableau clinique.

Il serait oiseux alors de chercher à préciser le siège exact de la grossesse rompue. Il suffit, à ce moment, d'en affirmer l'existence et de lui attribuer la cause des phénomènes cataclysmiques.

La laparotomie s'imposant d'urgence dans la plupart des cas, ne laisse pas le loisir d'un diagnostic minutieux.

Du reste, le ventre est douloureux, la paroi abdominale contracturée se défend énergiquement, les culs-de-sac vaginaux se trouvent plus ou moins déformés, en un mot nos procédés d'exploration sont frappés en grande partie d'impuissance.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de l'inon-

dation péritonéale. Disons pourtant que dans le cas qui nous occupe, la présomption de grossesse peut faire complètement défaut, la rupture se produisant parfois d'une façon très précoce. Dans ce cas, les diagnostics les plus variés sont à éliminer; parmi les plus importants, citons : la torsion du pédicule d'une tumeur, d'une salpingite ; une crise d'appendicite, de colique néphrétique, de colique hépatique; un étranglement herniaire, etc.

L'inondation péritonéale étant reconnue, il faut opérer sans délai, peu importe pratiquement la localisation de la rupture.

A supposer qu'avant toute complication la femme soit mise en observation, un très grand intérêt s'attache à une exacte détermination. Il s'agit de reconnaître cliniquement la nature et le siège de la tumeur en évolution.

Or, une première difficulté tient à la jeunesse de l'œuf, et d'autre part la très maigre récolte de signes physiques particuliers, l'absence d'un symptôme pathognomonique de cette nidation, ne nous conduisent guère qu'à soupçonner la greffe interstitielle. Bref, la nature des signes physiques ne nous permet que de conclure à l'existence d'une grossesse extra-utérine, sans plus de précision.

La suppression des règles, ou tout au moins leur modification, les métrorragies plus ou moins abondantes et irrégulières, les douleurs vives dans le bas-

ventre, tantôt continues, tantôt paroxystiques, les phénomènes de compression du rectum de la vessie et des uretères attirent l'attention du côté de la grossesse ectopique.

A la palpation on pourra sentir une tumeur à côté de la ligne médiane et accolée à l'utérus, faisant corps avec lui. Plus rarement on obtiendra la perception, à travers la paroi abdominale, du ligament rond hypertrophié. Si l'on parvient à déterminer son insertion au pôle externe de la tumeur, on aura de ce fait un gros élément de diagnostic clinique.

Le toucher combiné au palper permettra de mieux se rendre compte du volume, de la forme, de la situation de l'utérus et de la tumeur qui s'y trouve accolée. On conviendra toutefois qu'il est bien difficilement réalisable en clinique de préciser si un œuf jeune siège dans le segment interne de la trompe, plutôt que dans sa portion ampullaire.

Ainsi donc, le diagnostic clinique de grossesse interstitielle est extrêmement délicat et se base :

1° Sur la forme, la direction et les rapports de l'utérus et du kyste ;

2° Sur la situation du ligament rond par rapport à ce kyste.

Après avoir ainsi délimité la tumeur, il reste encore à se tenir en garde contre de fâcheuses erreurs d'interprétation :

La latéro-version de l'utérus gravide, et aussi sa rétroversion présentent des symptômes communs avec la grossesse interstitielle. Signalons comme tels les

signes fonctionnels de gestation, les douleurs, les phénomènes de compression, l'hypertrophie de l'utérus, l'élévation du col.

Ce n'est que par le toucher, le palper attentifs et réitérés, au besoin sous anesthésie, qu'on pourra trancher la question, et montrer que c'est bien l'utérus dévié lui-même qu'on a sous le doigt, en connexion avec le col.

La tumeur développée au niveau de la partie latérale de l'utérus peut être un fibrome. Ce sont surtout les fibromes latéraux sous-péritonéaux plus ou moins pédiculisés qui simulent le plus la grossesse interstitielle, d'autant que leur consistance est parfois nettement kystique. Mais dans ce cas deux symptômes sont à rechercher qui ont une grande valeur diagnostique. C'est, d'une part, la déformation de la cavité utérine ; le cathétérisme, pratiqué avec les précautions d'usage, montre une cavité utérine irrégulière et agrandie. D'autre part l'absence de sensibilité à la pression même énergique de la tumeur.

Quant à la grossesse normale compliquée de fibrome, on la distinguera de la grossesse isthmique par l'absence des troubles fonctionnels habituels à la grossesse ectopique, et on arrivera à séparer, par des examens minutieux, le fibrôme du contenu utérin.

Le développement d'une tumeur annexielle peut également prêter à confusion. Une salpingite est douloureuse, immobilisée de plus par les réactions péritonéales ; mais on parvient ordinairement sans trop de difficulté à la différencier de l'utérus.

La confusion avec un kyste de l'ovaire, ou para-ovarien surtout intra-ligamentaire, accolé à l'utérus, de forme globuleuse, est parfois très possible. On recherchera la fluctuation, et l'on s'efforcera par le toucher, de distinguer la tumeur du corps de l'utérus. On ne trouve d'autre part aucun signe de grossesse.

Nous ne signalerons que pour mémoire de la grossesse développée dans une corne d'un utérus bifide la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire, tous diagnostics qui sont impossibles à faire cliniquement, et dont nous verrons les difficultés même quand on a la pièce sous les yeux.

Nous avons essayé d'indiquer les erreurs de diagnostic les plus habituelles auxquelles peut prêter la grossesse interstitielle en évolution. Nous avons signalé le nombre des affections avec lesquelles cette grossesse ectopique peut être confondue. Le diagnostic de grossesse interstitielle ne sera porté cliniquement que dans des cas absolument exceptionnels, dans des circonstances favorables, et rarement réunies, en particulier chez une femme maigre, docile, et à la suite d'examens répétés.

Après laparotomie, la situation s'éclaircit. Sur la pièce en place le diagnostic est généralement facile. Lorsqu'on vient d'ouvrir le ventre et de mettre en vue les organes génitaux, qu'aperçoit-on ? Une tumeur lisse, libre, violacée au niveau d'une des cornes de l'utérus.

L'utérus lui-même est augmenté de volume et surtout asymétrique.

C'est dans cette variété de grossesse ectopique que l'utérus est le plus volumineux.

Dans certains cas il est comme flanqué d'une tumeur à son bord externe, mais dont l'extrémité supérieure ne dépasse pas le fond utérin, comme dans le cas de Léopold (1).

Dans d'autres cas, ce sont les dimensions verticales qui sont augmentées comme par une tumeur siégeant au fond de l'utérus (2), ou bien encore l'utérus peut prendre une position oblique par suite de la proéminence d'un de ses angles.

Toujours c'est le segment supérieur de l'utérus qui subit cette modification de volume et de forme.

La palpation permet de reconnaître la sensation kystique particulière que donne la poche fœtale, bien distincte de la masse utérine résistante.

Le kyste peut également être le siège de contractions perceptibles à la main.

On repérera avec soin la disposition du ligament rond qui est le plus souvent hypertrophié. Son insertion se fait sur le côté externe du sac, et c'est sur la constatation de ce signe très important que se base en grande partie le diagnostic de grossesse interstitielle au cours de la laparotomie. Nous avons vu qu'on a cherché à se rendre compte de ce symptôme

---

1. Léopold, *Beitrag zur graviditas extra-uterina* (*Centr. f. Gyn.*, 1899, LVIII).

2. Rosenthal, *Annales de Gyn. et Obst.*, XLVIII, p. 233.

par la palpation abdominale. Muret rapporte un cas où il put faire le diagnostic de grossesse interstitielle avant l'intervention, par la constatation nette de ce symptôme. Ne nous y fions pas d'une façon absolue : Kussmaul en 1859 attira l'attention sur ce fait que dans la grossesse développée dans une *corne utérine rudimentaire*, le ligament rond se trouvait inséré en dehors de la masse gravide ; ce signe fut étendu par la suite à la grossesse interstitielle et nous avons observé que l'âge de la grossesse modifiait les rapports de ce ligament. Enfin, on remarquera avec Kustner (1), l'asymétrie de l'insertion des deux trompes, dont l'une est insérée sur la partie saillante et supérieure de la tumeur.

Il ne nous reste plus qu'à éliminer quelques causes d'erreurs dans le diagnostic anatomique.

Sur la pièce en place, on a le droit de songer à : la grossesse développée dans une corne d'utérus bicorne ; la grossesse développée dans une corne utérine adhérente ; la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire.

Dans un utérus bicorne, gravide d'un côté, la corne gravide se développe seule et on trouve le corps utérin peu volumineux, à côté de la tumeur qui peut simuler une grossesse ectopique.

La tumeur se contracte sous la main, et le ligament rond s'insère sur son côté externe. Mais le diagnostic peut s'établir par la constatation d'autres signes

1. Kustner, *Handbuch der Geburshilfe*, vol. II.

de bifidité des organes génitaux. On remarque également dans la plupart des cas le rétrécissement du pédicule qui sépare le col de la tumeur. Signalons également la faible hauteur du ligament large du côté de la tumeur.

La grossesse développée dans un diverticule de l'utérus, retenu par des adhérences, a été signalée par Mac Lean (1). Dans ce cas on se bornera à libérer les adhérences pour permettre le développement normal de la grossesse.

Enfin, s'il s'agit d'une grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire, le *pédicule* de la corne est visible, et permet dans une certaine mesure de mobiliser la tumeur. La trompe de ce côté a lamême longueur que celle du côté opposé ; l'insertion du ligament rond se fait nettement sur le sac.

En résumé, le diagnostic clinique de la grossesse tubaire iuterstitielle présente des difficultés pour ainsi dire insurmontables. Nous croyons qu'il est peu légitime de se risquer à le préciser comme l'a fait un gynécologue étranger ; mais l'exploration bimanuelle pratiquée avec attention, pourra parfois établir si l'œuf éctopique, dont l'existence est justement soupçonnée, siège dans le segment interne de la trompe ou dans sa portion externe ampullaire. Encore n'est-ce qu'après l'ouverture du ventre, après

---

1. Lean, *Centralblatt f. Gyn.*, 1895, p. 1284.

avoir vu de ses yeux le siège exact de la tumeur fœtale, que l'on obtient une certitude.

Et même à ce moment, les causes d'erreur restent possibles, si bien qu'un examen attentif de la pièce, parfois même un examen histologique sont indispensables pour lever toute hésitation.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

L'étude anatomique et clinique de la grossesse interstitielle nous a montré:

1° Ce qu'il y aurait d'illusoire et de périlleux à escompter un enfant viable;

2° L'évolution vers la rupture cataclysmique qui est la règle;

3° L'importance des dégâts apportés dans les organes maternels pour le développement d'un œuf intra-pariétal dès avant sa rupture.

Au lieu de satisfaire seulement l'esprit de curiosité scientifique du médecin, ces données doivent surtout conduire à une indication opératoire précise.

Dans toute grossesse extra-utérine, le traitement doit être chirurgical. Segond rapporte que dans certains cas la nature s'est elle-même chargée du traitement. Témoin l'anecdote du fœtus à terme de Quimperlé dont la rétention avait duré cinquante-six ans (1). D'autres fois, le produit de conception

1. Sappey, *Notes et considérations sur un fœtus qui a séjourné cinquante-six ans dans le sein de sa mère* (Compte rendu hebdomadaire de l'Académie des Sciences, 1883, t. XCVII, p. 557).

meurt et s'arrête dans son développement dans l'intérieur même de la trompe, sans rupture de celle-ci ni effusion de sang dans la cavité péritonéale. Parfois encore il se produit une rupture avec épanchement sanguin peu abondant dans l'abdomen, une crise péritonéale éclate et après quelques jours tout rentre dans l'ordre.

La transformation lithopédion est une éventualité exceptionnelle sur laquelle on ne doit pas compter.

Le précepte de M. Pinard a fait loi : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention », et c'est la conviction très documentée de la plupart des chirurgiens : à toutes les périodes de son évolution la grossesse extra-utérine fait courir à la femme un danger formidable.

Les mêmes considérations dominent la thérapeutique de la grossesse interstitielle.

Ainsi donc il faut intervenir : en France c'est l'opinion générale, et le problème se réduit actuellement à une question d'opportunité opératoire et de technique chirurgicale : quand et comment faut-il opérer ?

L'intervention se présente dans plusieurs conditions différentes : pendant l'évolution de la grossesse, au moment de la rupture, dans le cas de rétention de l'œuf mort, enfin dans celui de migration spontanée vers l'utérus,

De ce qui concerne ces deux dernières éventualités, nous ne dirons qu'un mot :

Dans l'une la mort de l'œuf supprime les risques

de rupture et réduit la grossesse à un corps étranger auquel convient l'extirpation, ce reliquat en apparence inerte étant un danger de suppuration interne et de compression. C'est ainsi que M. Treub dut opérer tardivement 100 femmes sur 124.

Dans le cas d'avortement utérin complet, la solution devient celle de la fausse couche vulgaire: évacuation spontanée ou provoquée par les voies naturelles.

Ceci dit, quelle sera la conduite des chirurgiens dans les circonstances qui le mettent le plus habituellement en présence d'une grossesse interstitielle avérée, c'est-à-dire au moment où la corne gravide est déjà rompue.

On a beaucoup parlé du danger de l'intervention chirurgicale dans l'état de schock. Certains auteurs tels que Hunter Robb (1) tirent de leurs études cliniques cette conclusion : la mort qui survient chez une femme, en cas de rupture de grossesse extra-utérine est surtout due au schock, surajouté par une grande opération. Par elle-même l'hémorragie est rarement la seule cause de mort, et encore Hunter Robb semble-t-il presque mettre en doute la possibilité de la mort par inondation péritonéale. L'opération immédiate ajouterait un schock nouveau à l'autre schock et mettrait ainsi obstacle à la guérison.

---

1. Hunter Robb, *Read befor the section of experimental medicin of the Academy of medicin of claveland*, may 14, 1909.

De même M. Treub, dans un mémoire paru dans *l'Obstétrique* 1908, se fait partisan de l'opinion que la grossesse extra-utérine ne doit être opérée que dans les cas exceptionnels.

Cestan insiste pareillement sur la gravité particulière de la laparotomie dans les tous premiers jours et l'amélioration de son pronostic quand la date s'éloigne davantage de la période cataclysmique.

Le danger est en effet certain. Mais tout en reconnaissant l'intérêt de ces nuances, M. Segond rappelle à ce propos « le principe fondamental de toute bonne chirurgie, qu'en présence d'une hémorragie menaçant la vie d'un malade, il faut tout de suite et toujours découvrir et lier le vaisseau qui donne ».

Nous n'insisterons pas davantage sur cette discussion qui n'est pas du domaine exclusif de la grossesse intra-pariétale.

Dans ce cas particulier, bien des raisons nous invitent à intervenir aussitôt. M. Doléris a fait ressortir que les grosses hémorragies capables de faire courir des risques immédiats à la femme, sont dues le plus souvent à la rupture de la grossesse siégeant dans les parties moyennes et internes de la trompe. Dans ces cas, dit-il, la rupture de la paroi, quel que soit l'âge de la grossesse, coïncide avec l'inondation péritonéale, l'hémorragie cataclysmique; M. Pinard est d'accord avec lui et déclare que l'œuf fait éclater la trompe d'autant plus tôt qu'il est greffé plus près de l'utérus et en déterminant des hémorragies considérables.

A fortiori dirons-nous, en est-il ainsi lorsque la corne utérine est elle-même rompue. A notre avis il faut renoncer ici à l'espoir de formation d'adhérences et d'enkystement ou d'hémostase spontanée.

Bien que l'état de schock soit une condition des plus fâcheuses, nous proposons de ne point temporiser. Si faibles que paraissent les chances de succès il faut en tenir compte. Nous avons la conviction que laisser l'hémorragie à elle-même serait risquer un danger plus certain.

Un fait reste acquis, et les observations que nous avons citées viennent le confirmer : c'est que parmi les femmes non opérées la mort est la conséquence fatale de la rupture utérine. A côté de cela, combien de femmes qui paraissaient incapables de résister à un schock opératoire eurent la vie sauve grâce à une intervention audacieuse.

Et Segond conclut à la très formelle indication de la laparotomie immédiate quand on le peut, et en tous cas aussi précoce que possible.

Notre règle est donc celle-ci : l'hémorragie réclame l'intervention immédiate. Il est bien évident que l'hémostase ne saura être réalisée que par l'amputation large de l'utérus, par la résection de toutes les parties lésées, infiltrées, dilacérées.

A la suite de cette manœuvre, il sera prudent de garder en mémoire la nécessité d'une hémostase particulièrement soignée et les dangers de son insuffisance. Aussi la solution ne peut-elle être dans la

plupart des cas que l'opération de Porro ou l'hystérectomie totale ou supra-vaginale.

Mais, d'après ce que nous venons de voir, cette opération est imposée dans des conditions défectueuses, parfois désespérées : c'est indiquer tout l'intérêt d'un traitement préventif supprimant, dès qu'ils sont reconnus, les risques incalculables d'une grossesse interstitielle en évolution.

Le précepte de M. Pinard recommandant l'intervention pour toute grossesse extra-utérine, celui de Wœrth considérant que cette anomalie doit être traitée comme un néoplasme malin, ces préceptes, dans l'esprit de leurs auteurs, laissent aux circonstances le soin d'indiquer le moment où l'on doit intervenir, prenant en considération tantôt l'intérêt de la mère, tantôt l'intérêt de l'enfant.

Il n'en va pas de même si l'œuf s'est développé dans la trompe interstitielle : ici la temporisation n'est plus de mise et l'extirpation s'impose sitôt le diagnostic établi. La précocité du traitement sera sa première qualité.

Évidemment, la possibilité d'affirmer à coup sur le diagnostic de grossesse interstitielle, ne s'offre que dans des circonstances exceptionnelles. Rappelons toutefois que le simple soupçon d'une tumeur ovulaire siégeant près de l'utérus devient une indication formelle de laparotomie.

Donc au cours même de l'évolution de cette grossesse notre but sera d'extraire le kyste fœtal en entier.

A cet effet plusieurs procédés furent conseillés et mis en œuvre.

Kelly se contente d'ouvrir le kyste par voie intra-utérine. Sa manœuvre consiste, après dilatation complète du col, à effondrer par incision le septum qui sépare la cavité utérine du sac fœtal ; dans quelques cas cette incision entamera d'emblée les enveloppes mêmes de l'œuf.

Mais le choix de ce procédé suppose fermement établi le diagnostic clinique de grossesse interstitielle. Aussi bien Kelly et Wesbter ne l'avaient-ils employé qu'après avoir constaté par laparotomie le siège exact de la tumeur fœtale. Une main passée par la plaie abdominale immobilisait alors le fond de l'utérus au cours de l'intervention.

Cette manœuvre est assez simple et le plus souvent inoffensive. Mais elle ne saurait évidemment s'appliquer qu'à un nombre très limité de cas, à ceux seulement où il n'y a pas de rupture, et où le sac interstitiel, à peu près médian, a une tendance marquée à se développer du côté de la cavité utérine. Encore faut-il que le septum ne soit pas trop épais si l'on ne veut pas s'exposer à une hémorragie grave. Ces conditions sont rarement réunies. Delagenière essaya sans succès de provoquer l'avortement utérin par cette méthode. Il ne trouva rien dans la cavité lui promettant l'irruption de l'œuf après incision du septum, et dut en revenir à l'hystérectomie abdominale.

Dans quelques observations, on rencontre le signa-

lement d'une autre intervention conservatrice au cours des premiers mois de la grossesse intra-murale. C'est ainsi qu'Engstrœm (1) a incisé le sac fœtal très mince d'une grossesse interstitielle, extrait l'œuf avec le placenta et les membranes, puis refermé ce sac et l'incision utérine, après avoir établi une communication entre la cavité fœtale et la cavité utérine. Tytler, Bland Sutton et Martin ont fait part de cas analogues suivis de succès. Mais les cas justiciables de cette méthode sont évidemment tout à fait exceptionnels.

Dans presque toutes les circonstances où le kyste fœtal est interstitiel, l'utérus est détruit en partie ou infiltré de sang, la paroi est amincie et désorganisée. En plus il est presque impossible de réunir les parois épaisses et rétractées du côté opposé au sac; enfin l'hémostase, dont l'importance est capitale, est rendue si difficile que la castration totale devient l'opération la plus simple et la plus sûre.

Plusieurs observations, entre autres celles de Potherat témoignent du succès de l'extirpation de l'utérus par la voie vaginale. Picqué, ainsi que Beckmann, préconisent l'opération de Péan et lui attribuent les meilleurs résultats.

Pourtant cette intervention par le vagin eut peu de défenseurs. Le professeur Segond fait très justement remarquer que pour employer, comme méthode de choix, la voie vaginale, il faut avant tout pouvoir

---

1. Engstrœm, *Centr. fur Gyn.*, 1896, p. 122.

affirmer le diagnostic de cette variété de grossesse ectopique,et que dans la très grande majorité des cas la laparotomie sera nécessaire pour le faire avec certitude.

Bertino fit la résection cunéiforme pour une nodosité d'une corne utérine que l'on reconnut à l'examen histologique comme étant une grossesse interstitielle.

En règle générale, cette méthode nous paraît peu recommandable, en raison de l'étendue des lésions pariétales, en raison d'un danger trop certain pour l'avenir obstétrical de l'utérus. En fin de compte, on est conduit au sacrifice de l'utérus. Aussi est-ce bien à l'amputation supra-vaginale de l'utérus qu'ont eu recours Léopold, Rosenthal, Neugebauer, Kynoch,Bar, dans les cas de grossesses interstitielles jeunes.

Les résultats de leurs interventions donnent raison à la technique définitivement indiquée par le professeur Segond dès 1898(1): « La seule conduite à suivre après constatation par laparotomie d'une grossesse tubo-interstitielle, c'est d'en pratiquer l'ablation séance tenante par la même voie, par hystérectomie partielle ou totale. »

A. Bertino (de Florenco), *Sulla Resezione dell' utero alla kelly* (*La Gynecologia*, t. VIII, fasc. 4, 28 février 1911, p. 97, 122).

CHAPITRE VII

OBSERVATION PERSONNELLE

(Recueillie dans le service de M. Lepage Boucicaut, mai 1911).

Grossesse extra-utérine développée dans la portion interstitielle de la trompe. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Mme M..., trente ans, est une primipare ayant eu ses dernières règles normales le 8 mars ; cette femme était habituellement bien réglée. Ses règles duraient quatre ou cinq jours, survenant avec une avance de deux jours environ.

6 avril. — Elle perd du sang ; cet écoulement persiste pendant une vingtaine de jours, mais ses caractères se modifient : le sang est mêlé de caillots, son écoulement se produit d'une façon intermittente et s'accompagne chaque fois de douleurs assez vives.

22 mai. — La femme, qui avait cessé de perdre depuis quelques temps, éprouve subitement une douleur abdominale violente. En même temps, elle perd à nouveau du sang mêlé de caillots.

Elle est examinée par son médecin qui constate les signes

d'une hémorragie interne abondante. Le pouls est à 120 ; l'abdomen un peu ballonné.

Se basant sur le retard des règles, sur les signes d'hémorragie qu'il constate, sur l'état du pouls, il pense à une grossesse extra-utérine rompue et envoie la femme à l'hôpital Boucicaut, le 23 mai à 4 heures du matin.

La femme est extrêmement pâle, les muqueuses sont décolorées, le pouls est à 110. L'abdomen est douloureux, surtout à droite, légèrement ballonné.

Le toucher vaginal pratiqué permet de constater que l'utérus est augmenté de volume. La pression du cul-de-sac vaginal droit est excessivement douloureuse.

Le cul-de-sac postérieur est aussi le siège d'une vive sensibilité.

M. Lepage est appelé ; il pense à une grossesse extra-utérine rompue et décide d'intervenir aussitôt.

Opération (aide M. Rudaux). — Anesthésie chloroformique. Laparotomie médiane ; le péritoine présente une coloration violacée. A l'ouverture de la cavité péritonéale on constate qu'elle renferme du sang et des caillots. L'intestin est météorisé, très vascularisé ; la femme est placée dans la position de Trendelenburg, les anses intestinales refoulées.

Après avoir débarrassé la cavité pelvienne du sang et des caillots, M. Lepage examine l'utérus et les annexes.

L'utérus est volumineux.

A droite, faisant corps avec l'utérus, existe une tumeur du volume d'une orange ; cette tumeur paraît développée dans la corne utérine droite, et semble due au développement d'un

œuf dans la portion interstitielle de la trompe ; elle ne se prolonge pas dans la portion isthmique.

Les ovaires droit et gauche sont augmentés de volume ; ils paraissent kystiques.

M. Lepage et M. Rudaux se basant sur ce fait qu'il est impossible de libérer la tumeur de l'utérus, et de l'extirper, parce qu'elle est développée dans la portion intra-pariétale de la trompe, sur ce fait d'autre part que les deux ovaires ne sont pas normaux, décident de pratiquer une hystérectomie totale.

Ligature successive des pédicules utéro-ovariens et utérins droits et gauches. Ablation de l'utérus et de ses annexes. Surjet péritonéal. Réfection de la paroi en deux plans. Drainage.

Injection de sérum artificiel.

Suites opératoires. — Le 24 mai le pouls est à 120, bien frappé, régulier. Facies péritonéal, la femme vomit tout ce qu'elle prend. M. Lepage lui refait son pansement et la fait relever dans son lit (9 h. du matin). Presque aussitôt la femme se plaint d'une violente oppression. Injection de sérum : 500 grammes, piqûre de morphine (1/2 ctg.).

2 heures soir. — La femme respire plus difficilement ; le pouls est toujours bien frappé (120).

4 heures soir. — Il s'écoule du pansement un liquide d'abord rosé, puis franchement sanguinolent.

Les vomissements se répètent. Pouls 130.

5 heures du soir. — M. Lepage pense à une hémorragie interne et décide une nouvelle laparotomie. Après ouverture de l'abdomen, il ne trouve aucun vaisseau qui saigne. Des caillots de l'hémorragie résiduale sont rétirés. Sérum arti-

ficiel 500 grammes, sérum antistreptococcique de Roux 80 centimètres cubes.

9 heures soir. — Même état, 10 centimètres cubes d'huile camphrée.

Minuit. — La femme continue à vomir, le pouls est moins régulier; quelques intermittences, 10 centimètres cubes d'huile camphrée.

25 mai. — Les vomissements s'espacent, deviennent peu abondants. Le pouls est régulier (110). — Pansement.

26 mai. — Les vomissements ont cessé. Ventre moins ballonné, respiration régulière. Un lavement donne de bons résultats, boissons glacées. Température 37°5.

28 mai. — Facies très amélioré, pouls normal. La plaie a bon aspect.

Les jours suivants amélioration progressive de l'état général. La plaie opératoire est en bonne voie de cicatrisation.

15 juin. — La femme quitte l'hôpital.

Examen de la pièce. — L'utérus est très augmenté de volume, sa paroi latérale gauche est abaissée et la corne du même côté se trouve sur un plan inférieur à celui de la corne *droite* ; celle-ci est le siège d'une tuméfaction très apparente dont le volume est comparable à celui d'une petite orange. Cette masse occupe la région latérale de l'utérus. Sa base est en connexion intime avec la musculature utérine. La paroi postériure du kyste est fort mince ; c'est à son niveau que siège la rupture ; à cet endroit sont de nombreux caillots noirs et peu adhérents.

A la partie antéro-supérieure de la tumeur kystique s'insère le ligament rond légèrement hypertrophié par comparaison avec celui du côté opposé.

La trompe droite est fixée à la partie supérieure et externe de la tumeur, elle apparaît dilatée à sa partie interne.

La portion libre de cette trompe est de calibre normal mais coudée plusieurs fois.

Les franges du pavillon sont assez peu développées.

Du côté gauche, la trompe est de calibre normal, de longueur moyenne et n'offre aucune altération.

L'ovaire gauche est nettement scléro-kystique, tandis que l'ovaire droit est sain ; on y retrouve le corps jaune.

A la coupe, la cavité utérine ne présente aucune altération et ne renferme pas de caillots sanguins. La coupe du kyste intra-mural en montre la cavité régulièrement arrondie, tapissée de l'amnios et contenant des caillots. La paroi antérieure est épaissie et infiltrée. Au contraire la paroi postérieure, très amincie porte la déchirure par où se fit l'irruption du fœtus dans la cavité péritonéale, où il fut retrouvé au cours de l'intervention.

CONCLUSIONS

1° Dans le cas de grossesse interstitielle, le kyste fœtal fait corps avec la paroi utérine. L'œuf, en se développant, peut évoluer soit vers le fond, soit vers la paroi latérale de l'utérus. C'est la grossesse interstitielle proprement dite ou intra-murale. D'autres fois, l'œuf primitivement intra-canaliculaire subit une évolution tubaire ou une évolution utérine. A ces deux dernières variétés nous reconnaissons droit de cité dans la classe des grossesses interstitielles.

2° Le nombre des observations de grossesse tubaire interstitielle s'est sensiblement accru en ces dernières années. Nous le devons à une observation plus rigoureuse, mais cette variété n'en reste pas moins la plus rare de toutes les grossesses extra-utérines ;

3° Elle est aussi la plus dangereuse : abandonnée à elle-même, cette grossesse se termine, normalement et dès les premiers mois, par la rupture de la paroi utérine ; la conséquence en est l'inondation péritonéale cataclysmique.

4° Le diagnostic clinique de grossesse ectopique à nidation interstitielle est d'une extrême difficulté ;

ce n'est guère qu'après laparotomie qu'il devient possible de l'affirmer avec certitude.

L'hypertrophie et l'asymétrie de l'utérus, l'existence d'une tumeur kystique au niveau de la corne utérine, l'asymétrie dans l'insertion des trompes et surtout des ligaments ronds, seront les principaux éléments de ce diagnostic.

5° Quant au traitement de cette affection, il a été définitivement formulé par le professeur Segond : « Toute grossesse interstitielle reconnue par laparotomie relève immédiatement de l'opération Porro, de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale. »

Vu : le Président de thèse,
P. SECOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bar et Mercier, — Rupture spontanée d'une corne utérine. Soc. d'Obstétrique de Paris, 19 novembre 1903 (Bull., p. 444).

Couvelaire. — Études anatomiques sur les grossesses tubaires. Thèse de Paris, 1901.

— Anatomie des grossesses tubaires en évolution. Revue de Gynécologie.

Couvelaire et Mouchotte. — Grossesse tubaire faisant corps avec la corne utérine et nécessitant l'hystérectomie (Ann. de Gyn. et d'Obst., mai 1910, p. 269).

Beettmann. — Beitrag zur Graviditas interstitialis. (Zeitschr. f. Geburtsf. u. Gyn. Bd 38, 1878).

Bubendorff. — Considérations sur l'enchatonnement du placenta. Thèse de Nancy, 1881.

Glaesmer (Erna). — Die interstitielle Tubargraviditat (Arch. f. Gynak., Bd 93, H. I, 1911, p. 100).

Baart de la Faille. — Ein Fall von interstitieller graviditat (Monatschrift fur Geburstkunde. Bd XXXI, 1858).

Segond. — Traitement des grossesses extra-utérines. Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiâtrie. Marseille, 1898.

Doléris. — Sur le traitement de la grossesse ectopique. Soc. d'Obst. de Gyn. et de Pœdiâtrie de Paris, avril 1900.

Schultze. — Verhandl des 2° kongress der deutschen Gesells f. Gyn., p. 231.

Engström (O.)— Ein Fall interstitieller Tubarsevangerschaft. (Centr. fur Geb., 1863).

Léopold. — Arch. f. Gyn., 1878, XIII, p. 72. -- Arch. f. Gyn. Bd X. — Arch. f. Gyn. Bd XIX, 1882, 220.

Muret. — Revue de Gyn., 1898, n° 2, p. 195-239.

Harris (B.). — Extra-uterine pregnancy treated by cystectomy, etc. (Americ. Journ. of the med. Sciences. sept., 1888, II, p. 262).

Pinard. — Grossesse extra-utérine, in Dict. encycl. des Sc. médicales.

Pilliet. — Progrès médical, 7 avril 1894.

Pozzi. — Traité de Gynécologie et Soc.d'Obst., de Gyn.et de Péd., mai 1906.

Brindeau. — Grossesses extra-utérines,in Bar et Brindeau : la pratique de l'art des accouchements, vol. II.

Delagenière. — De la Grossesse tubo-utérine ou interstitrielle (Arch. prov. de Chir., mai 1902, n° 5, p. 261).

Funck-Brentano. — Les Grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1898.

Veit. — Soc. d'Obst. et de Gyn. de Berlin, 1889.

Tainturier. — Étiologie des grossesses extra utérines.Thèse de Paris, 1895.

Werth. — In Handbuch der Geburtshulfe Winkels. Bd 2, H. II.

Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses, t. I, p. 90.

Simon. — Die graviditat tubo-uterina sive interstitiale (Inaug. Dissert. Berlin, 1885).

Schulze. — Wurstburger med. (Zeitschr., 1863, und Gyn., Halle, 1888).

Bonnaire et Brac. — A propos d'un cas de grossesse interstitielle (Bull. de la Soc., d'Obst. de Paris, 20 janvier 1910, n° 7, I).

Guillaume. — De la Grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire. Thèse de Paris, 1911.

Mercier. — Les Ruptures spontanées de l'utérus gravide dans leurs rapports avec la grossesse interstitielle. Thèse de Paris, 1898.

Mayer. — Description d'une grossesse interstitielle (Beschreibung einer Graviditats interstitialis uteri. Bonn, 1825.

Breschet. — Répertoire d'anat., de phys. pathol., I, p. 41, 1826, et Med. et Chir. Transaction, vol. XIII, p. 33.

Maschka. — Verdacht einen Fruchtabreibung mit dadurch, bedingten Tod. Extrauterin schvangerschaft mit Berstung des Fruchtaskas (Wien. med. Wochenschr., n° 42, 1885).

Léopold. — Zur Lehere von Graviditas interstitielle. Dieses Arch. Band XIII, 1878).

Tuffier. — Grossesse tubo-interstitielle rompue. Soc. de Chir., 12 février 1908.

Brunswic le Bihan (de Tunis). — XIII[e] Congrès de l'Assoc. française de Chir., 3-8 oct. 1910.

Lequeux. — Quelques cas de grossesse interstitielle (l'Obstétrique, n° 5, mai 1911, p. 493-525).

Bazalgette. — Des grossesses tubaires méconnues. Thèse de Paris, 1905.

Deschamps. — Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines, et leur traitement. Thèse de Paris, 1880.

Bar. — Note sur la greffe de l'œuf dans une corne utérine. Soc. d'Obst. de Paris, 19 nov. 1903 (Bull., p. 444).

Rosenthal. — Ein Fall von intramuralen Schrausgerchaft. (Centr. f. Gynäk, n° 51, 1896).

Raschkes. — Beitrage zur graviditas interstitialis (Dieses Arch. Bd LVIII, 1899).

Simon. — Etude sur la grossesse interstitielle. Thèse de Strasbourg, 1852.

— La Grossesse tubo-utérine. Thèse de Berlin, 1885.

Parry. — Extra-uterine pregnancy... Philadelphia, 1875. London, 1876.

Mayer. — Beschreibung einer Graviditas interstitialis uteri. Bonn, 1825.

Martin. — C. R. du Congrès internat. de Gyn. de Bruxelles, 1894, 299.

Maygrier. — Term. et trait. de la grossesse extra-utérine. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

Barnes. — Diseases of women, 1878, 326.

Mac Burney. — N. Y. med. Journ., mars 1878, 273.

Carus. — Die graviditate tubo-uterina. Thèse de Leipsick, 1841.

Cazeaux et Tarnier. — Traité de l'art des accouchements, 1874.

Cortiguera. — Archivos de Obs. y de Gynecol., 1888, n° 2.

Dezeimerio. — Journ. des connaissances med. chir., janvier 1837, IV.

Forget. — Union méd,, 1852, n° 87.

Freund. — Centralbl. f. Gyn., 1889, n° 40.

Freund et Recklinghausen. — Sitzungsber der naturwissenschaft medic.Vereins zu Strasburg, 1889.

Galabin. — Obst. Trans., 1876, XVIII, 82.

Garrigues. — Medical News, 12 déc. 1885.

Gilbert. — The Boston med. Journ., 8 mars 1877, 284.

Grun. — Obst. Trans., 1885, XXVII, 226.

Hecker. — Monatschr. f. Geb., 1859. Bd XIII, 81.

Hicks (B.). — Trans. of. the Obst. soc. of Lond., 1878, 98.

Hodge (L.). — Trans. of. the Obst. soc. of Philadelphia, 1er déc. 1878.

Janvrin. — Trans. of the Obst. soc. of New-York, 6 janv. 1885.

Kustner. — Muller Hanbuch, II, 509.

Lawson-Tait. — The Brit. med. Journ., 16 août 1884.

Cornil. — Revue de Gynécologie et de Chir. abd., janvier et février 1900.

Tuffier. — Gross. extra-utérine tubo-interstitielle. Inondation péritonéale. Mort (Bull. et mém. Soc. hir. Paris, 1908, n. s. XXXIV, 208)

Hanley (L.-G.). — Interstitial ectopic. gestation (Buffalo M. J., 1908-1909, t. XIV, 555).

Holst. — Munschner medizin Wochenschrift, 5o jahr.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements.

Abuldase (Dm.). — Sammlung klinischer Vorträge (Gynäkologie, n° 221, 1911).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Chapitre premier. — La trompe interstitielle	11
Chapitre II. — Anatomie pathologique	19
Chapitre III. — Évolution anatomique	31
Chapitre IV. — Évolution clinique	59
Chapitre V. — Diagnostic	67
Chapitre VI. — Traitement	77
Chapitre VII. — Observation personnelle	87
Conclusions	93
Index bibliographique	95

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris.